

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A Resiliência e a Sintomatologia Psicopatológica numa  
Amostra da População Geral Portuguesa**

**Ricardo Filipe Geraudes Almeida**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)**

**2016**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**A Resiliência e a Sintomatologia Psicopatológica numa  
Amostra da População Geral Portuguesa**

**Ricardo Filipe Geraldês Almeida**

**Dissertação orientada pelo Professor Doutor Bruno Ademar Paisana Gonçalves**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicologia Clínica Dinâmica)**

**2016**

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha família e aos meus amigos pelo apoio incondicional, motivação e disponibilidade que me prestaram durante todo este tempo.

Agradeço, obviamente, ao Professor Dr. Bruno Gonçalves por toda a colaboração e apoio.

E por fim, agradeço a todos os que participaram neste estudo e que o tornaram possível.

## Resumo

A resiliência é um processo dinâmico e multidimensional que permite ao indivíduo adaptar-se a situações de *stress*, mudança e adversidade, mantendo o adequado funcionamento físico e psicológico. O presente estudo teve como objectivo a análise da relação entre a resiliência e a sintomatologia psicopatológica, numa amostra da população geral portuguesa. Participaram neste estudo 296 indivíduos de nacionalidade portuguesa, de ambos os sexos e com idades compreendidas entre os 18 e os 83 anos. Os instrumentos utilizados foram: a Escala de Resiliência de Connor-Davidson – CD-RISC (Connor & Davidson, 2003) traduzida e adaptada para a população portuguesa por Faria-Anjos, Ribeiro e Ribeiro (2011); e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI (Derogatis, 1982) traduzido e adaptado para a população portuguesa por Canavarro (1999). Os resultados sugerem que a presença de níveis elevados de resiliência está associada a níveis mais reduzidos de sintomatologia psicopatológica. Este estudo reforçou o papel da resiliência como factor protector e mediador do desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica.

**Palavras-chave:** Resiliência; Sintomatologia Psicopatológica; CD-RISC; BSI; População Portuguesa.

## Abstract

Resilience is a dynamic and multidimensional process that allows the individual to adapt to stressful situations, change and adversity, maintaining proper physical and psychological functioning. This study aimed to analyze the relationship between resilience and psychopathological symptoms in a sample of the Portuguese population. The sample consisted of 296 individuals of Portuguese nationality, of both sexes and aged between 18 and 83 years. The instruments used were: the Connor-Davidson Resilience Scale – CD-RISC (Connor & Davidson, 2003) translated and adapted to the Portuguese population by Faria-Anjos, Ribeiro and Ribeiro (2011); and the Brief Symptom Inventory – BSI (Derogatis, 1982) translated and adapted to the Portuguese population by Canavarro (1999). The findings support that presence of high levels of resiliency is associated with lower levels of psychopathological symptoms. This study reinforced the role of resilience as protective factor and mediator of the development of psychopathological symptoms.

**Key-words:** Portuguese population; Resilience; Psychopathological Symptoms; CD-RISC; BSI.

# Índice

<b>Introdução .....</b>	<b>1</b>
<b>Capítulo I – Enquadramento Teórico.....</b>	<b>3</b>
1. Resiliência .....	3
2. Sintomatologia Psicopatológica .....	8
3. Resiliência e Sintomatologia Psicopatológica.....	13
<b>Capítulo II – Metodologia.....</b>	<b>19</b>
1. Caracterização da Amostra.....	20
2. Instrumentos .....	22
2.1 – Questionário Sociodemográfico .....	22
2.2 – Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC).....	23
2.3 – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI).....	24
3. Procedimentos .....	28
<b>Capítulo III – Análise de Resultados .....</b>	<b>29</b>
1. Estatística Descritiva .....	29
2. Análise de relações entre as variáveis sociodemográficas e a resiliência .....	30
3. Análise do impacto global do suporte social no nível de resiliência.....	35
4. Análise das relações entre a resiliência e a sintomatologia psicopatológica.....	36
<b>Capítulo IV – Discussão de Resultados .....</b>	<b>38</b>
<b>Conclusão .....</b>	<b>49</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>51</b>

## Introdução

A saúde é um estado de bem-estar completo e integral, que inclui as componentes físicas, mentais e sociais, não podendo ser definida apenas como um estado de ausência de doença (WHO, 2014). Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde destaca a saúde mental como uma componente essencial da saúde, que possibilita e incrementa o pensamento, as emoções, as interações e a fruição da vida, asseverando que deve, por isso, ser promovida, protegida e restaurada.

A saúde mental é definida como o estado de bem-estar global que permite ao indivíduo identificar as suas competências e lidar com situações de tensão na sua vida, favorecendo a sua produtividade no trabalho, a obtenção de resultados e o contributo para a sociedade na qual se insere (WHO, 2001).

Em Portugal, o Programa Nacional para a Saúde Mental configura como um dos programas nacionais prioritários da Direção-Geral da Saúde, corroborando a crescente preocupação com a saúde mental ao nível das políticas públicas (ERS, 2015).

A sociedade actual é definida por mudanças e alterações constantes e complexas, que se revelam rápidas e profundas, expondo todos os indivíduos, independentemente da sua idade, a experiências e situações de *stress* de intensidades variadas e que exigem dos indivíduos uma grande capacidade de regulação e adaptação, que lhes permita resistir às situações adversas do dia-a-dia (Capanna et al., 2015; DiCorcia & Tronick, 2011; Pereira, 2001).

O *stress* pode ser definido como uma reacção psicofisiológica complexa, gerada pelo organismo perante uma situação que ameace e/ou altere a homeostase interna, não podendo, contudo, ser vista como uma reacção única, mas sim como um processo (Santos, 2013). Os eventos e experiências do quotidiano que envolvem mudanças, podem ser consideradas fontes externas indutoras de *stress*, ao invés do estilo de personalidade e da forma como o indivíduo interpreta as situações, que podem ser concebidas como fontes internas indutoras de *stress* (Lipp, 2007; cit. por Santos, 2013).

A percepção e a interpretação que cada indivíduo faz do ambiente e das situações em que se vê envolvido são preponderantes para a definição da sua reacção (Lipp, 2007; cit. por Santos, 2013), podendo gerar ou piorar estados de *stress* (Alcino, 2003; cit. por Santos, 2013). Nesse sentido, investigações recentes (Trombeta & Guzzo, 2002; Yunes, 2001; Yunes & Szymanski, 2001) têm sublinhado a importância da

interpretação dada pelo indivíduo à adversidade, como mais significativa que os próprios factores de risco.

É fundamental identificar os factores de risco e, especialmente, identificar e compreender os factores de protecção pessoais e interpessoais (Pereira, 2001). O estudo da resiliência possibilita a compreensão dos factores de promoção e adaptação positiva, proporcionando uma nova perspectiva do desenvolvimento humano assente no reforço do potencial individual e colectivo (Piaggio, 2009).

O conceito de resiliência tem sido comumente descrito como a capacidade para uma adaptação funcional perante a adversidade, *stress* e trauma (Rutter, 2006), bem como um factor de protecção fundamental na prevenção de sintomatologia psicopatológica e na melhoria da saúde global e da qualidade de vida (Friborg, Hjemdal, Martinussen & Rosenvinge, 2009; Haddadi & Besharat, 2010; Hjemdal, Aune, Reinfjell, Stiles & Friborg, 2007; Jeste et al., 2013; Petterson & Bossio, 2001; Sart, Börkan, Erkman & Serbest, 2016; Seifer, 2003; Sroufe, 1997; Tugade & Fredrikson, 2004; Werner & Smith, 2001).

O estudo da resiliência permite, assim, compreender melhor os processos dinâmicos de promoção de saúde, promovendo a concepção de programas e terapias mais adaptadas às necessidades dos indivíduos (Griffith & West, 2013; Loprinzi et al., 2011; Palmer, Martin, Depp, Glorioso & Jeste, 2014; Reivich, Seligman & McBride, 2011; Sood, Prasad, Schroeder & Varkey, 2011), que os auxiliem no processo de descoberta e aceitação das suas capacidades de forma positiva, tornando-os mais confiantes e resilientes na forma como enfrentam a vida quotidiana, por mais difícil e adversa que se apresente (Tavares, 2001).

Esta dissertação procura compreender a relação entre a resiliência e a sintomatologia psicopatológica numa amostra da população portuguesa. O primeiro capítulo apresenta uma revisão da literatura sobre os constructos de resiliência e de sintomatologia psicopatológica, conceptualizando-os inicialmente em separado e explicitando em seguida a relação entre os dois. O segundo capítulo apresenta o estudo empírico desenvolvido, explorando a metodologia da investigação (participantes, instrumentos e procedimentos). O terceiro capítulo apresenta a análise dos resultados e o quarto capítulo a sua discussão. Por fim, são apresentadas as conclusões deste estudo.



## Capítulo I – Enquadramento Teórico

### 1. Resiliência

O estudo da resiliência, apesar de relativamente recente, tem sido pautado por dificuldades e discórdias, que têm levado a linhas de pensamento e conceptualizações diferentes por parte de vários autores (Ahern et al., 2006; Connor & Davidson, 2003; Masten, Best & Garmezy, 1990; Wagnild & Young, 1993). A complexidade do constructo tem despoletado um interesse cada vez maior e mais intenso na sua compreensão e mensuração (Ahern et al., 2006; Bartone, Ursano, Wright & Ingraham, 1989; Hartley, 2012; Hull, Van Treuren & Virnelli, 1987; Infante, 2007; Kobasa, 1979; Martins & Jesus, 2007; Masten et al., 1990; Robinson, Larson & Cahill, 2013; Souza & Cervený, 2006; Wagnild & Young, 1993).

Se por um lado, alguns autores têm assegurado que a resiliência é um traço de personalidade ou de temperamento (Flach, 1991; Garmezy, 1995; Wagnild & Young, 1993; Wolin, 1993), outros têm debatido a hipótese de ser um atributo individual ou o resultado da interação de diversos factores que facilitam a adaptação (Adrião, 2013; Anaut, 2005; Flach, 1991; Fonagy et al., 1994; Olsson et al., 2003; Pereira, 2001; Ralha-Simões, 2001; Rutter, 1985, 1993; Tavares, 2001; Trombeta & Guzzo, 2002; Yunes, 2001).

Em termos gerais, a definição de resiliência como a capacidade de um indivíduo para ultrapassar com sucesso obstáculos aparentemente intransponíveis é a mais aceite junto da comunidade científica (Masten et al., 1990; Masten & Coatsworth, 1998; Rutter, 1985; Todis et al., 2001).

As investigações dos últimos vinte anos têm demonstrado que “a resiliência é o conjunto de características multidimensionais que variam com o contexto, a idade, o género e a cultura de origem, bem como com a apreciação subjectiva dos indivíduos às mudanças e circunstâncias da vida” (Masten & Garmezy, 1985; Garmezy & Rutter, 1985; Rutter et al., 1985; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Werner & Smith, 1992; cit. por Connor & Davidson, 2003, pp. 76). E, nesse sentido, um ponto de concórdia entre diversos investigadores é que a resiliência é um processo psicológico, que se vai desenvolvendo ao longo da vida, a partir da relação e interacção entre factores de risco e factores de protecção (Pinheiro, 2004).

A resiliência em situações de trauma tem sido estudada por diversos autores como a capacidade que alguns indivíduos apresentam e que lhes permite manter o seu bem-estar psicológico e não manifestar psicopatologia (Bonanno, 2004; Harel, Kahana & Kahana, 1993; Yehuda et al., 1998). Num quadro de adversidade significativa, a adaptação positiva apresenta-se como uma necessidade dos indivíduos (Anaut, 2005), que através da aquisição ou desenvolvimento de estratégias de resiliência veicula o bem-estar, possibilitando o desenvolvimento normal, a adaptação aos diversos contextos e a transposição das circunstâncias difíceis (Adrião, 2013).

Nesse sentido, os autores Lazarus e Folkman (1984), bem como Richardson (2002), asseguram que a resiliência pode ser entendida como força, flexibilidade, capacidade de mestria e de adaptação na recuperação do funcionamento normal, após o contacto com situações de *stress* excessivo (cit. por Robinson, Larson & Cahill, 2013).

O indivíduo revela resiliência quando é capaz de reconhecer o seu sofrimento psicológico, entender o seu sentido e tolerá-lo até à resolução construtiva dos conflitos (Flach, 1991), socorrendo-se das suas características pessoais para prosperar perante a adversidade (Connor & Davidson, 2003). A capacidade de suportar a dor, ultrapassar obstáculos, gerir conflitos e adaptar-se a mudanças psicossociais, evidenciam a importância das características de resiliência enquanto fenómeno de psicoadaptação (Cury, 2008; cit. por Adrião, 2013), que permitem ao indivíduo ser bem-sucedido e desenvolver-se positivamente, independentemente do *stress* e/ou adversidade (Anaut, 2005; cit. por Adrião, 2013).

O conceito de resiliência abrange diversas competências e características, sendo algumas delas frequentemente salientadas, como a auto-eficácia, a perseverança, as competências sociais e comunicacionais, bem como o acesso a redes de apoio (Bonanno, 2004; Borum, Bartel & Forth, 2000; Garmezy, 1993; Olsson et al., 2003; Wagnild, 2009). O envolvimento social do indivíduo é extremamente importante para o seu processo de resiliência, servindo como amortecedor ou intensificador do impacto do stressor ou desafio (Kumpfer, 1999, cit. por Martins & Jesus, 2007).

Independentemente das divergências conceptuais, nos últimos anos alguns especialistas em resiliência concordaram com a existência de duas gerações de investigadores (Infante, 2007; Kaplan, 1999; Luthar & Cushing, 1999; Luthar et al., 2000; Masten et al., 1999).

A primeira geração, enquadrada nos anos de 1970, procurou reconhecer e compreender os factores de risco e de resiliência que se encontravam relacionados com

a adaptação positiva das crianças durante o seu desenvolvimento, independentemente das adversidades com que se confrontavam. Segundo Infante (2007) e Piaggio (2009), esta primeira geração foi marcada pelas investigações de Werner e Smith (1992).

Ao longo dos anos, a primeira geração, foi alargando o foco de investigação para os factores externos ao indivíduo, como o nível socioeconómico e a estrutura familiar, uma vez que inicialmente as investigações assentavam, apenas, nas qualidades pessoais deste para superar a adversidade. Os estudos conduzidos pelos investigadores da primeira geração foram, maioritariamente, sustentados no modelo triádico de resiliência, no qual os factores de resiliência e de risco se encontravam organizados em três grupos: os atributos individuais, os aspectos familiares e as características dos ambientes sociais dos indivíduos (Infante, 2007; Piaggio, 2009).

Enquadrada nos anos de 1990, a segunda geração de investigadores retoma o interesse da primeira geração, na compreensão dos factores inerentes à adaptação positiva em indivíduos com alto risco social, e acrescenta o estudo da adaptação resiliente a partir da compreensão das dinâmicas entre factores (Infante, 2007; Piaggio, 2009), com o intuito de identificar os processos de base da adaptação resiliente.

A segunda geração de investigadores ficou assim marcada pela noção dinâmica de resiliência, para a qual contribuíram fortemente autores como Rutter (1991) e Grotberg (1993). Segundo Infante (2007), Grotberg foi pioneira na noção dinâmica de resiliência, assegurando e salientando a indispensabilidade da interacção de diferentes factores provenientes de níveis diversos, como o suporte social, as competências e a força interna para o processo de resiliência. Mais recentemente, Luthar e Cushing (1999), Masten (1999), Kaplan (1999) e Bernard (1999) afirmaram a resiliência como um processo dinâmico, no qual o ambiente e o indivíduo estabelecem uma relação de influência e interacção recíproca que permite a adaptação da pessoa, mesmo na adversidade (Infante, 2007; Piaggio, 2009).

Tendo por base o modelo ecológico de Bronfenbrenner (1981), os estudos da segunda geração de investigadores são, maioritariamente, sustentados pelo modelo ecológico-transaccional de resiliência. Este modelo define, igualmente, que cada indivíduo se encontra inserido num ambiente específico que inclui diversos níveis que interagem entre si e se afectam mutuamente, influenciando o desenvolvimento humano. Destaca-se e diferencia-se do modelo de Bronfenbrenner pelo aprofundamento no entendimento da influência dos processos dinâmicos de interacção entre os diferentes níveis no processo de resiliência (Infante, 2007; Piaggio, 2009).

Assim, o conceito de resiliência, para a segunda geração, assenta e pode ser definido a partir de três componentes essenciais: a noção de adversidade, trauma, risco ou ameaça ao desenvolvimento humano; a adaptação positiva ou superação da adversidade; e o processo dinâmico entre mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais que influenciam o desenvolvimento humano (Infante, 2007).

Nesse sentido, Anaut (2005) afirma que a forma como a resiliência se manifesta nos indivíduos é afectada por diversas variáveis, como o desenvolvimento psicológico, o ciclo de vida e as circunstâncias ambientais específicas (cit. por Adrião, 2013).

Ao considerar a resiliência como um processo dinâmico passível de ser promovido, a segunda geração de investigadores procurou promover a definição e delimitação do constructo de resiliência, bem como dos conceitos a esta subjacentes, de forma a incentivar a criação de modelos explicativos e de programas de intervenção e promoção de resiliência (Infante, 2007).

Para esse efeito, Karol Kumpfer (1999) desenvolveu e propôs um Modelo Transaccional de Resiliência, que a partir de uma visão holística do indivíduo, apresenta os principais factores internos que devem ser considerados para a promoção e desenvolvimento da resiliência (cit. por Martins & Jesus, 2007).

Segundo Martins e Jesus (2007), perante estímulos ou situações potencialmente stressoras ou desafiantes ocorre uma disrupção do processo homeostático do indivíduo e/ou do seu ambiente, desencadeando o início do processo de resiliência, uma vez que a manutenção do equilíbrio estável do indivíduo exige uma integração resiliente, através do desenvolvimento de forças e estratégias que permitam enfrentar e ultrapassar com sucesso a situação de desequilíbrio. Assim, o processo de resiliência poderá culminar numa reintegração resiliente ou numa reintegração desadaptativa, que se constitui como não resiliente (Martins & Jesus, 2007). Se o indivíduo se sente bem e não experimenta circunstâncias stressantes ou de desafio, a sua homeostasia é mantida (Kumpfer, 1999; cit. por Martins & Jesus, 2007) e o processo de resiliência não é activado.

Kumpfer (1999) afirma que os indivíduos resilientes, mesmo em ambientes de elevado risco social, são capazes de gerir as situações de forma a encontrarem apoios que lhes possibilitem adequadas oportunidades para um desenvolvimento positivo e saudável (cit. por Martins & Jesus, 2007).

Ralha-Simões (2001) defende que a resiliência não deve entendida como uma espécie de escudo protector que alguns indivíduos possuem, mas como uma forma de flexibilidade interna que lhes permite interagir positivamente com o meio exterior,

transformando-se de forma adaptativa perante situações e realidades adversas. Nesse sentido, a resiliência não deve ser compreendida como uma forma de defesa rígida, mas como uma ferramenta de gestão das circunstâncias adversas, externas e/ou internas, frequentes ao longo do processo de desenvolvimento humano (Pinheiro, 2004).

A pessoa resiliente é aquela que faz da resiliência uma competência, evitando os factores de risco e munindo-se dos factores de protecção (Oliveira, 2010), por essa razão Angst (2009) assegura que não há indivíduos resilientes, mas sim indivíduos que estão resilientes (cit. por Adrião, 2013). Para o desenvolvimento da resiliência as crenças individuais, bem como o recurso às redes sociais e à espiritualidade são variáveis relevantes e apresentam-se como indicadores de resiliência (Adrião, 2013).

Segundo Tavares (2001) as capacidades de resiliência podem ser desenvolvidas por meio da mobilização e activação das capacidades de auto-regulação e auto-estima. A modificação de paradigmas mentais e de comportamentos adquiridos que se tornaram rotinas rígidas é a chave para se desenvolver um maior nível de resiliência (Oliveira, 2010; cit. por Adrião, 2013). Para Oliveira (2010) a ausência desse desenvolvimento incrementa os pensamentos negativos e os comportamentos reactivos, prevalecendo a falta de coragem, de racionalidade e de clareza de raciocínio, o que impede o indivíduo de encontrar saídas e soluções positivas e viáveis, que lhe permitam superar-se e ir mais longe (cit. por Adrião, 2013).

## 2. Sintomatologia Psicopatológica

A promoção da saúde mental não procura unicamente evitar doenças, mas promover a saúde nas comunidades e, nesse sentido, cada vez mais a saúde mental é concebida como uma situação que permite ao indivíduo viver sem sofrimento e sem demasiados sintomas (Santos, 1964; cit. por Branco, 2013). Entende-se que o sintoma pode manifestar-se tanto em indivíduos mentalmente sãos como em doentes (Santos, 1964; cit. por Branco, 2013).

O estudo da saúde e doença mental acompanham a evolução histórica da psicologia desde o seu surgimento, tal como o interesse pela análise e compreensão das características do funcionamento normal e do funcionamento patológico. A psicopatologia do desenvolvimento, como área científica do estudo da inter-relação entre estes dois tipos de funcionamento, veio colmatar a necessidade de convergência de diversas áreas de investigação e disciplinas (Achenbach, 1990; Cicchetti et al., 1990, 1993; Cicchetti & Rogosch, 2002; Lambert, 2006), como a psicologia do desenvolvimento, a epidemiologia, as neurociências, a psiquiatria, a psicologia clínica, a sociologia e a genética (Harrington, 2001; cit. por Lemos, 2007).

A tendência para simplificar a noção de causalidade a circunstâncias univariadas e lineares tem levantado algumas questões e divergências no estudo e análise das causas inerentes aos problemas psicopatológicos, que têm na sua grande maioria uma natureza complexa e multivariada e que, por essa razão, devem ser analisados e clinicamente formulados tendo em conta tanto os factores intrínsecos como os extrínsecos (Herbert, 1998; cit. por Lemos, 2007). Para Herbert (1998) a origem dos comportamentos psicopatológicos desadaptativos encontra-se associada, não a um único factor, mas a uma rede interligada de factores causais (cit. por Lemos, 2007).

A psicopatologia do desenvolvimento encarrega-se do estudo e análise dos processos causais, dos mecanismos desenvolvimentais e das continuidades e descontinuidades entre o normal e o patológico (Rutter & Sroufe, 2000; cit. por Lemos, 2007), enfatizando a dinâmica das relações nos processos desenvolvimentais (Cicchetti & Rogosch, 2002) e fornecendo um quadro conceptual que organiza o estudo da psicopatologia (Canavarro, 1999; cit. por Lemos, 2007), a par de um enquadramento empírico para a observação clínica (Holmbeck & Kendall, 2002; cit. por Lambert, 2006). Esta área de estudo procura, ainda, analisar e compreender as problemáticas clínicas, com impacto significativo no funcionamento quotidiano, que ocorrem ao longo

da vida, como o desajustamento social, os comportamentos desviantes e as perturbações psiquiátricas (Kazdin, 1989; cit. por Lambert, 2006).

Actualmente, os sistemas de classificação da psicopatologia assentam numa abordagem taxionómica que, a partir de agrupamentos de sintomas, distinguem as perturbações, aplicando critérios de inclusão e/ou exclusão para a classificação das perturbações mentais (Lemos, 2007), baseados em padrões de sintomas definidos fenomenológica e ateóricamente (Glaze, 2001; cit. por Lemos, 2007).

Nas últimas décadas tem-se assistido a alguma controvérsia quanto à uniformização da taxonomia das perturbações psicopatológicas, surgindo críticas à fiabilidade dos sistemas de classificação psicodiagnóstica e ao risco de rigidez excessiva na avaliação clínica, baseada na utilização dos manuais diagnósticos (Dreger, 1982; Quay, 1986; cit. por Lemos, 2007).

Nesse sentido, as variáveis sociodemográficas e familiares (como a dinâmica familiar, o desempenho escolar, as relações com os pares, os acontecimentos de vida, o historial médico, etc.) são de extrema importância para a avaliação psicodiagnóstica (Lemos, 2007), conferindo-lhe profundidade e consistência. A pertinência de compreender o sujeito à luz dos seus contextos torna unânime a utilização da formulação biopsicossocial de psicopatologia como a melhor forma de avaliar as perturbações psicológicas (Dreger, 1982; Reynolds, 2000; Ruther & Taylor, 2005; cit. por Lemos, 2007).

No entanto, o facto de alguns indivíduos, consistentemente, não apresentarem real abertura e transparência na recolha de dados pessoais relativos a sintomas e/ou perturbações psicopatológicas, por vergonha ou receio de discriminação (Turner et al., 1998; cit. por WHO, 2000), influencia fortemente a avaliação psicodiagnóstica e a consistência e veracidade dos dados recolhidos em estudos sobre a prevalência de sintomatologia psicopatológica e/ou perturbação, na população geral (WHO, 2000). Esta tendência ocorre, contudo, de forma diferenciada nos diversos países, com alguns a apresentar maiores níveis de transparência e exactidão do que outros (WHO, 2000).

Segundo a World Health Organization (WHO, 2000), apesar desta limitação, os estudos epidemiológicos são consensuais quanto à elevada prevalência de perturbações psicopatológicas por todo o mundo (Bland, Orn & Newman, 1988; Canino et al., 1987; Oakley-Browne et al., 1989; Wittchen et al., 1992), bem como sobre a sua persistência ao longo da vida (Hagnell & Grasbeck, 1990; Murphy et al., 1986; Steinhausen, Meier & Angst, 1998) e a sua influência negativa no funcionamento quotidiano diário e na

qualidade de vida (Kessler & Frank, 1997; Rice et al., 1990; Wohlfarth et al., 1993). Em particular, a depressão é apontada como uma das perturbações psicopatológicas mais comuns e que acarreta sérias consequências para a qualidade de vida (Wells et al., 1989; cit. por WHO, 2000).

Nos últimos anos, a prevalência de sintomatologia psicopatológica na população geral tem estado no centro de muitas investigações e estudos por todo o mundo, pelas suas consequências nos diversos contextos e na qualidade de vida. Os estudos epidemiológicos mais recentes têm mostrado que milhões de pessoas sofrem algum tipo de sintomatologia e/ou perturbação psicopatológica e que este número tem vindo a sofrer um aumento progressivo (Anselmi et al., 2008; Kessler, 2000; Kessler et al., 1994; Maragno et al., 2006; Menezes & Mann, 1996).

O foco nas doenças graves, com elevados níveis de incapacidade, leva a que em muitos casos os problemas de saúde mental menos graves sejam desconsiderados, apesar da sua elevada prevalência e dos frequentes níveis de sobrelotação a que levam os cuidados de saúde primária (ERS, 2015). Esta questão levanta um problema ao Serviço Nacional de Saúde e ao Programa Nacional de Saúde Mental, sublinhando “o desajustamento entre as necessidades mais comumente sentidas pela população portuguesa e o tipo de cuidados aos quais é dada primazia” (ERS, 2015, pp. 26).

A sintomatologia ansiosa, depressiva ou somática, apresenta uma elevada prevalência na população adulta, apesar de em muitos casos não satisfazer todos os critérios diagnósticos de perturbação psicopatológica (Coutinho, Almeida-Filho & Mari, 1999; cit. por Maragno et al., 2006) ou de apenas uma pequena percentagem da população ser identificada, diagnosticada e/ou tratada (Almeida-Filho et al., 1997; Andrade, Lólio, Gentil & Laurenti, 1999; Docherty, 1997; Jenkins et al., 1997; Maragno et al., 2006; Santos, 2002; Shepherd, Cooper, Brown & Kalton, 1966).

O estigma, a vergonha e o receio de ser diagnosticado com perturbação psicopatológica revelaram ser um dos factores que influencia a procura de assistência técnica em saúde mental (Cochrane et al., 2007; Das et al., 2006; Dennis & Chung-Lee, 2006; Dixon-Woods et al., 2005; Prins et al., 2008; Rodriguez et al., 2009; Scheppers et al., 2006; Van Voorhees et al., 2007; cit. por NCCMH, 2011). Contudo na maioria dos casos, é nas unidades de cuidados de saúde primária que os sintomas de ansiedade e de depressão se manifestam de forma subtil (Ansseau, Fischler, Dierick, Mignon & Leyman, 2005; Docherty, 1997; Goldberg & Huxley, 1992; King et al., 2008; Shepherd, Cooper, Brown & Kalton, 1966; Wittchen, 2002; Wright, 1994), escondidos por detrás



das queixas físicas ou fisiológicas, não sendo por isso adequadamente notados ou diagnosticados, pela ausência de queixas psicológicas (Araya, Lewis, Rojas & Mann, 2001; Dowrick, Gask, Perry, Dixon & Usherwood T, 2000; Goldberg & Huxley, 1992; King et al., 2008; Klinkman, 1997).

Nesse sentido, a comunidade científica começou a prestar mais atenção à manifestação de sintomatologia psicopatológica na população geral, identificando a ocorrência de um conjunto de sintomas comuns que acarretavam sofrimento psicológico significativo. Desta forma, surgiu o conceito de doenças mentais comuns que se refere a situações em que os indivíduos apresentam sintomas proeminentes, que acarretam sofrimento psicológico e/ou uma incapacitação funcional, comparável ou superior a quadros crônicos, mas que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de perturbação psicopatológica segundo as classificações DSM-IV e CID-10 (Santos, 2002; cit. por Maragno et al., 2006). Nesses quadros clínicos, em geral, os indivíduos não procuram a assistência técnica necessária ou quando a procuram são sub-diagnosticados, não obtendo a resposta e/ou tratamento adequado (Santos, 2002; cit. por Maragno et al., 2006) e apresentando, posteriormente, estados de reincidência sintomatológica (Fernandez, Torres, Soria & Cuadros, 1999; Ghosh, 2006; Ormel, Oldehinkel, Brilman & Vanden Brink, 1993; Vázquez-Barquero et al., 1997) e quadros de incapacidade residual (Jenkins, 1985).

O conceito de doenças mentais comuns foi inicialmente definido e conceptualizado por Goldberg & Huxley (1992) e inclui a depressão não-psicótica, a ansiedade e os sintomas somáticos, bem como diversos sintomas frequentes na população geral como a insónia, a fadiga, a irritabilidade, o sentimento de inutilidade e as dificuldades de memória e de concentração (cit. por Jansen et al., 2011). A literatura científica actual engloba, também, o sofrimento emocional e psicológico inespecífico nas doenças mentais comuns (Fortes et al., 2011; Fortes, Villano & Lopes, 2008; cit. por Portugal et al., 2015), bem como certos comportamentos aditivos e/ou estilos de vida, nomeadamente o alcoolismo, o tabagismo e o sedentarismo (Breslau, Schultz & Johnson, 2005; Jansen et al., 2011; Pinheiro et al., 2007; Salokangas & Poutanen, 1998).

Segundo o National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH, 2011) as doenças mentais comuns podem ser encontradas em cerca de um em cada seis indivíduos de uma população, sendo que metade deles apresenta sintomas significativos que requerem uma intervenção profissional especializada. Na maioria dos casos, os indivíduos com doenças mentais comuns apresentam sintomas inespecíficos mistos de

ansiedade e depressão, contudo uma parte deles evidencia perturbações mais específicas de depressão ou ansiedade, que incluem perturbações de pânico, fobias ou sintomas obsessivo-compulsivos (NCCMH, 2011).

Nos últimos anos têm sido realizadas inúmeras investigações que têm permitido compreender melhor a etiologia multifactorial das doenças mentais comuns, bem como a influência de factores de risco e de factores psicológicos, biológicos e sociais no seu surgimento e desenvolvimento (Angst et al., 2003; Barlow, 2000; Brewin et al., 2000; Bruce & Hoff, 1994; Fava & Kendler, 2000; Goodwin, 2000; Gothelf et al., 2004; Harris, 2000; Heim & Nemeroff, 2001; Hettema et al., 2001, 2004, 2005; Kendler, 1996; Kendler & Prescott, 1999; Kendler et al., 2001; Khanna et al., 1988; King et al., 2008; Malhi et al., 2005; McManus et al., 2009; Nuechterlein & Dawson, 1984; Ozer et al., 2003; Stansfeld et al., 1999; Weich & Lewis, 1998; cit. por NCCMH, 2011).

A compreensão do impacto e potencial desenvolvimento de psicopatologia é um aspecto importante e fundamental no diagnóstico psicopatológico, que sublinha não só a necessidade de analisar a presença ou ausência dos sintomas, mas essencialmente de avaliar e compreender o nível de intensidade, o grau de sofrimento e o grau de incapacidade que os sintomas representam para o indivíduo (Lemos, 2007).

A redução dos níveis de sintomatologia psicopatológica, sofrimento psicológico e incapacidade na população geral só serão alcançados com o diagnóstico precoce e a facilitação do acesso aos cuidados de saúde mental (NCCMH, 2011). Nesse sentido, a concepção de directrizes e de programas de prevenção em saúde mental mais adequados às necessidades da população geral poderá contribuir, também, para uma melhoria dos níveis de qualidade de vida dos indivíduos e das sociedades.

### 3. Resiliência e Sintomatologia Psicopatológica

Os conceitos de doença e saúde mental variam constantemente, a par dos tipos de perturbação dominantes, que acompanham as modificações sociais (Santos, 1963; cit. por Branco, 2013).

A psicopatologia do desenvolvimento há muito tempo que se interessa pelo constructo de resiliência (Campbell-Sills, Cohan & Stein, 2006), pela sua relevância no processo dinâmico de adaptação positiva face às experiências de adversidade (Luthar & Cicchetti, 2000; cit. por Campbell-Sills, Cohan & Stein, 2006).

Inicialmente o conceito de resiliência focou-se nas características associadas às crianças que face a situações de adversidade obtinham resultados positivos (Garmezy, 1991; Luthar, Cicchetti & Becker, 2000; Masten, 2001; Rutter, 1985, 1999; Werner, 1984, 1995; cit. por Bonano, 2004 e Campbell-Sills, Cohan & Stein, 2006) e aos indivíduos que passavam por experiências traumáticas e não desenvolviam perturbações psicopatológicas, graças a um conjunto de traços de personalidade e características que os tornavam resistentes (Anthony & Cohler, 1987; cit. por Souza & Cervený, 2006).

Segundo Campbell-Sills, Cohan e Stein (2006) apesar de não representar uma total invulnerabilidade ao desenvolvimento de uma perturbação psicopatológica (Ingram & Price, 2001) a resiliência, como factor protector de resistência à psicopatologia, é frequentemente conceptualizada conjuntamente com o conceito de vulnerabilidade.

Nesse sentido, a resiliência não pode ser concebida como uma característica de invulnerabilidade ao *stress*, mas como uma capacidade para recuperar de situações negativas e adaptar-se a situações de stress e/ou adversidade (Bonanno, Galea, Bucciarelli & Vlahov, 2007; Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak & Hawkins, 2002; Connor & Davidson, 2003; deRoos-Cassini, Mancini, Rusch & Bonanno, 2010; Garmezy, 1991; Masten & Obradovic, 2006; cit. por Sart, Börkan, Erkman & Serbest, 2016).

Muitas têm sido as escalas desenvolvidas para a determinação e medição das características de resiliência (Bartone, Ursano, Wright, & Ingraham, 1989; Hull, Van Treuren, & Virnelli, 1987; Kobasa, 1979; Wagnild & Young, 1993) e que permitiram alcançar diversas conclusões e resultados que corroboram a existência de correlações significativas entre resiliência, trauma, psicopatologia e características de personalidade (Costa & McRae, 1992; Kobasa, 1979; Kobasa, Maddi & Khan, 1982; Leontjevas,

Beek, Lataster & Jacobs, 2014; Miller, Grief & Smith, 2003; Quirk, Christiansen, Wagner & McNulty, 2003; Windle et al., 2011;).

A resiliência refere-se à capacidade de um indivíduo para se adaptar a situações de *stress* e adversidade, mantendo o um funcionamento físico e psicológico normal (Bonanno, 2004; cit. por Ju-Chi, Chang, Wu & Tsai, 2015). Entre os diversificados modelos teóricos de resiliência, encontra-se o modelo de protecção de risco que sugere que a resiliência pode atenuar os impactos negativos dos factores de risco no estado de saúde (Garmezy et al., 1984; cit. por Ju-Chi, Chang, Wu & Tsai, 2015).

Segundo Amstadter e colaboradores (2015) a exposição a situações de *stress* ao longo da vida é comum (Breslau, Davis, Andreski & Peterson, 1991) e encontra-se frequentemente associada a *distress* psicológico (Galea et al., 2007; Kendler et al., 1995; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995), apesar de alguns indivíduos não apresentarem sintomatologia subsequente (Bonanno, 2004).

A resiliência apresenta-se, então, como um processo que possibilita uma adaptação funcional bem-sucedida, por meio da interacção de um conjunto de factores, encontrando-se, frequentemente, na literatura científica indicadores da sua associação negativa com índices de desadaptação, psicopatologia e/ou sintomatologia psicopatológica (Haddadi & Besharat, 2010; Seifer, 2003; Sroufe, 1997; Werner & Smith, 2001; cit. por Friborg, Hjermadal, Martinussen & Rosenvinge, 2009 e Sart, Børkan, Erkman & Serbest, 2016).

Para a conceptualização da psicopatologia, tanto a presença de factores negativos como a ausência de factores positivos são de extrema importância (Ho et al., 2015), uma vez que a ausência de factores positivos, como por exemplo a auto-estima, a autonomia, os objectivos de vida e/ou as relações positivas, pode tornar-se num importante factor de risco no desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica com o passar do tempo (Wood & Joseph, 2010; cit. por Ho et al., 2015).

A saúde mental é caracterizada não só pela ausência de um funcionamento disfuncional, mas também pela presença de estados psicológicos positivos (Jeste & Palmer, 2013; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; cit. por Palmer, Martin, Depp, Glorioso & Jeste, 2014). Segundo Oliveira e colaboradores (2015) a possibilidade de identificar factores de protecção que previnem o desenvolvimento de psicopatologia (Hjermadal, Aune, Reinfjell, Stiles & Friborg, 2007) motivou o aumento de interesse nos estudos sobre factores de protecção, nomeadamente sobre o conceito de resiliência.

A resiliência tem sido definida como um factor protector que permite a adaptação individual e atenua os efeitos negativos do *stress* (Aroian & Norris, 2000; Wagnild & Young, 1993), encontrando-se correlacionada com as emoções positivas e o apoio social (Bonano, 2004; Luthar et al., 2000; Tugade & Fredrickson, 2004; cit. por Campbell-Sills, Cohan & Stein, 2006).

A resiliência encontra-se associada a diversos factores de personalidade (Agaibi & Wilson, 2005), bem como a diversas características concebidas como factores protectores importantes de resiliência (Amstadter, Moscati, Maes, Myers & Kendler, 2015; Friborg, Hjemdal, Martinussen & Rosenvinge, 2009), encontrando-se os factores intrapessoais de resiliência, consistentemente, mais relacionados com a sintomatologia psicopatológica (Friborg et al., 2003; Hjemdal et al., 2001, 2006; cit. por Friborg, Hjemdal, Martinussen & Rosenvinge, 2009).

Desta forma, diversas investigações científicas, comumente, atestam evidências empíricas da relação positiva entre os estados psicológicos positivos ou afecto positivo e diversas características psicossociais, como o optimismo, a resiliência, a espiritualidade, as relações sociais positivas e a saúde física e mental (Abdel-Khalek, 2006; Affleck et al., 2001; Cohn et al., 2009; Dember & Brooks, 1989; Holder & Coleman, 2009; Holder et al., 2010; Rim, 1993; cit. por Palmer, Martin, Depp, Glorioso & Jeste, 2014), confirmando a possibilidade de fomentar e desenvolver estes estados nos indivíduos por meio de intervenções e actividades diversificadas (Palmer, Martin, Depp, Glorioso & Jeste, 2014).

Para Palmer e colaboradores (2014) o fortalecimento da resiliência (Burton et al., 2010; Loprinzi et al., 2011; Griffith & West, 2013; Reivich, Seligman & McBride, 2011; Sood, Prasad, Schroeder & Varkey, 2011) enquanto característica psicossocial positiva promove a saúde e o bem-estar (Jeste et al., 2013; Petterson & Bossio, 2001; Tugade et al., 2004).

Os factores protectores de resiliência são frequentemente divididos em três categorias, os recursos pessoais, o apoio familiar e as redes de apoio social externo (Baruth & Carroll, 2002; Carlton et al., 2006; Garmezy, 1991; Hjemdal, Aune, Reinfjell, Stiles & Friborg, 2007; Loh, Schutte & Thorsteinsson, 2013; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Sart, Börkan, Erkman & Serbest, 2016; Seccombe, 2002; Skrove, Romundstad & Indredavik, 2013; Werner 1985).

Entre os recursos pessoais de resiliência é salientada a disposição para o optimismo que se revela negativamente associada à sintomatologia psicopatológica e

positivamente correlacionada com bons níveis de adaptação ao longo da vida (Alarcon, Bowling & Khazon, 2013; Carver, 1998; Masten & Reed, 2002), bem como a presença de níveis elevados de auto-estima que contribuem para a estabilidade emocional e protegem contra a emocionalidade negativa (Buhrmester, Blanton & Swann, 2011; Campbell-Sills, Cohan & Stein, 2006; Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge & Hjemdal, 2005).

Segundo Martins e Jesus (2007) a regulação emocional é citada por inúmeros autores como um factor protector fundamental para o comportamento resiliente (Davidson, 2000), sublinhando o papel das emoções no desenvolvimento de uma personalidade saudável, bem como no desenvolvimento da competência social e na prevenção do aparecimento de psicopatologias (Izard, Schultz e Levinson, 1998). Neste sentido, também as competências pessoais se encontram positivamente associadas a indicadores de qualidade de vida e de recuperação bem-sucedida de estados de doença (Rogers, Hengartner, Angst, Ajdacic-Gross & Rossler, 2014).

A influência da espiritualidade é, similarmente, apresentada como uma característica importante associada à resiliência (Anderson & Doyal, 2004; Cook, 2000; Greeff & Human, 2004; Greeff & Van Der Merwe, 2004; Harrison, Koenig, Hays, Eme-Akwari & Pargament, 2001; McKnight & Loper, 2002; Pardini, Plante, Sherman & Stump, 2000; cit. por McIntire & Duncan, 2013), actuando como factor protector de adaptação (Shaw, Joseph & Linley, 2005) e proporcionando uma sensação de segurança e de controlo face a situações de *stress* (Pargament, Koenig & Perez, 2000).

Wagnild (2003) assegurou a existência de uma relação positiva entre a moral, a satisfação com a vida e a resiliência, encontrando, por outro lado, uma relação inversa entre as perturbações psicopatológicas e a resiliência (Wagnild & Young, 1990; Hardy et al., 2004). Quando um indivíduo apresenta uma baixa resiliência fica mais vulnerável à depressão, pânico, ansiedade e sintomas psicossomáticos, pelo contrário uma pessoa que apresente indicadores de alta resiliência tem a capacidade para reagir face a traumas e adaptar-se (Curry, 2008; cit. por Adrião, 2013).

O nível de resiliência encontra-se positivamente associado a melhores níveis de saúde física e psicológica (Eicher et al., 2015; Haddadi & Besharat, 2010; Hei et al., 2013; Schure et al., 2013; cit. por Ju-Chi, Chang, Wu & Tsai, 2015 e Sart, Börkan, Erkman & Serbest, 2016), ao contrário da sintomatologia depressiva que apresenta uma associação negativa com o nível de resiliência (Holden et al., 2013; Schure et al., 2013; Spies & Seedat, 2014; Staudinger & Fleeson, 1996; Tan-Kristanto & Kiropoulos, 2015;

cit. por Ju-Chi, Chang, Wu & Tsai, 2015), reforçando o efeito mediador da resiliência tanto sobre a sintomatologia depressiva, como sobre os estados de saúde (Ju-Chi, Chang, Wu & Tsai, 2015).

Várias investigações têm demonstrado que é possível identificar nos indivíduos diversificadas capacidades e forças, que ao serem mobilizadas, desenvolvidas e reforçadas na sua vivência diária, possibilitam uma melhoria da satisfação com a vida e uma redução da sintomatologia psicopatológica, especialmente dos sintomas de ansiedade e depressão (Duan et al., 2012; Duan, Ho, Tang, Li & Zhang, 2014; Ho et al., 2015; Holden, 2013; Park et al., 2004; Peterson & Seligman, 2004; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, Ernst, Gillham, Reivich & Linkins, 2009; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005; Wood et al., 2011).

Diversas investigações encontraram indícios do papel protector da resiliência na atenuação do impacto do *stress* e do trauma em sintomatologia depressiva e nas suas consequências (Bitsika et al., 2013; Kukihara et al., 2014; cit. por Ju-Chi, Chang, Wu & Tsai, 2015), bem como na prevenção do desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica, em veteranos de guerra (Hyer et al., 1994; Talbert, Braswell, Albrecht & Hyer, 1993), em sobreviventes de acidentes rodoviários (Nightingale & Williams, 2000), em estudantes universitários (Hartley, 2012; Lauterbach & Vrana, 2001), em indivíduos com ideação suicida (Youssef, Green, Beckham & Elbogen, 2013) e em grupos profissionais específicos (Mealer et al., 2012).

Actualmente discute-se a necessidade de alargar os estudos de resiliência à população adulta e à população geral, uma vez que a maioria dos estudos realizados se focaram nas populações mais novas (Campbell-Sills, Cohan & Stein, 2006), bem como em populações com características específicas (Bonanno, 2004), como minorias étnicas, populações de alto risco, vítimas de experiências traumáticas, populações clínicas, emigrantes, etc. (Cicchetti, Rogosch, Lynch & Holt, 1993; Luthar et al., 2000; Masten & Obradovic, 2007; cit. por Capanna et al., 2015).

O aprofundamento das investigações sobre a relação entre a resiliência e a sintomatologia psicopatológica têm permitido assegurar que maiores índices de resiliência promovem a procura de ajuda profissional (Hartley, 2012; Smith, 2009; Youssef, Green, Beckham & Elbogen, 2013). No entanto, apesar dos diversos estudos e avanços nesta temática, a maioria das evidências empíricas encontradas assentam, essencialmente, na sintomatologia depressiva, ansiosa e psicossomática.

A sintomatologia depressiva e ansiosa são as mais prevalentes na população geral e em indivíduos que procuram ajuda (Kessler, Merikangas & Wang, 2007; Regier, Rae, Narrow, Kaelber & Schatzberg, 1998; cit. por Friborg, Hjemdal, Martinussen & Rosenvinge, 2009), encontrando-se ligada tanto a níveis baixos de afecto positivo como a níveis altos de afecto negativo (Crawford & Henry, 2004; Watson et al., 1988; cit. por Loh, Schutte & Thorsteinsson, 2013).

As características de resiliência parecem ter um efeito protector contra a sintomatologia depressiva (Skrove, Romundstad & Indredavik, 2013; cit. por Oliveira, Matos, Pinheiro & Oliveira, 2015), possibilitando a predição de menores índices de depressão em indivíduos com níveis de resiliência mais elevados (Hjemdal et al., 2011; cit. por Oliveira, Matos, Pinheiro & Oliveira, 2015).

Segundo Loh, Schutte e Thorsteinsson (2013), a estimulação e aumento do afecto positivo possibilita o incremento dos recursos pessoais e da satisfação com a vida, influenciando positivamente os níveis de resiliência dos indivíduos, especialmente em situações de *stress* (Block & Kreman, 1996; Cohn et al., 2009; Klohn, 1996; Letzring et al., 2005; Tugade & Fredrickson, 2007; Waugh et al., 2008), facilitando uma adaptação rápida, ajustada e saudável (Beasley et al., 2003; Werner, 1985) e prevenindo o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica (Crawford & Henry, 2004; Fredrickson & Losada, 2005; Friborg et al., 2003; Tugade & Fredrickson, 2007; Watson & Clark, 1992; Watson et al., 2008; Waugh et al., 2008;).

Os indivíduos com altos níveis de resiliência tendem a apresentar maior flexibilidade perante alterações na sua vida, maior abertura a novas experiências e maior capacidade para se auto-regularem (Block & Kreman, 1996; Fredrickson & Levenson, 1998; Isen et al., 1987; Luthar et al., 2000; Tugade & Fredrickson, 2004; cit. por Loh, Schutte & Thorsteinsson, 2013).

Em Portugal, a investigação da relação entre resiliência e sintomatologia psicopatológica é reduzida, existindo poucos estudos com resultados empíricos significativos e sublinhando a necessidade de maior investigação sobre a relação entre estes constructos (Brito, 2014; Rodrigues, 2014).



## Capítulo II – Metodologia

Os aspectos teóricos e empíricos apresentados no enquadramento teórico colocam em evidência a importância de factores protectores de resiliência no reforço do bem-estar e na promoção da saúde, bem como na prevenção da psicopatologia (Davydov, Stewart, Ritchie & Chaudieu, 2010; Truffino, 2010).

Os factores de protecção são destacados, por muitos autores, como mais importantes do que os factores de risco na protecção da saúde mental contra as adversidades (Shastri, 2013), sublinhando a importância de aprofundar o conhecimento dos factores de resiliência na mediação do processo sintomatológico, de forma a prevenir que a sintomatologia progrida para uma perturbação psicopatológica (Smith, 2009).

O presente estudo enquadra-se numa investigação mais vasta da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa sobre Personalidade e Psicopatologia. Foram definidos os seguintes objectivos para este estudo:

**OBJECTIVO GERAL:** Estudar e analisar as relações entre a resiliência e a sintomatologia psicopatológica, numa amostra da população geral portuguesa.

Os objectivos específicos são:

- (1) Analisar as relações entre o índice de resiliência total e as variáveis sociodemográficas.
- (2) Analisar as relações entre o índice de resiliência total e as variáveis relativas ao suporte social.
- (3) Analisar as relações entre o índice de resiliência total e os índices globais de sintomatologia psicopatológica.
- (4) Analisar as relações entre o índice de resiliência total e as nove dimensões de sintomatologia psicopatológica.
- (5) Analisar as relações entre os índices dos quatro factores de resiliência específicos e as nove dimensões de sintomatologia psicopatológica.
- (6) Investigar a relação entre resiliência e sintomatologia depressiva.
- (7) Investigar a relação entre resiliência e sintomatologia ansiosa.

Tendo em conta os objectivos definidos e a revisão de literatura exposta, foram formuladas as seguintes hipóteses:

**Hipótese 1** – Quanto maior o nível de suporte social, maior o nível de resiliência.

**Hipótese 2** – Quanto maior o nível de resiliência, menor o índice de sintomatologia psicopatológica.

**Hipótese 2.1** – Quanto maior o nível de resiliência menor o índice de sintomatologia depressiva.

**Hipótese 2.2** – Quanto maior o nível de resiliência menor o índice de sintomatologia ansiosa.

Este estudo tem um cariz exploratório, tendo sido utilizada uma amostra não probabilística por conveniência, recolhida em “bola de neve”.

Para esta investigação foram utilizados os seguintes instrumentos: um Questionário Sociodemográfico, a Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC, adaptada à população portuguesa por Faria-Anjos, Ribeiro & Ribeiro, 2008) e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI, adaptado à população portuguesa por Canavarro, 1999).

## 1. Caracterização da Amostra

Neste estudo participaram um total de 296 sujeitos adultos, de nacionalidade portuguesa, com idades compreendidas entre os 18 e os 83 anos ( $M=40.93$ ;  $DP=13.6$ ). As características desta amostra encontram-se apresentadas no Quadro 1. É de salientar que para algumas questões o somatório do número de sujeitos e/ou das percentagens específicas poderá não representar o total da amostra ( $n=296$ ) ou a percentagem total (100%) devido à existência de respostas omissas nos questionários.

**Quadro 1** – Caracterização da amostra do estudo (Dados Sociodemográficos).

<b>Gênero</b>	Masculino – 40.2% (n=119) Feminino – 59.8% (n=177)
<b>Residência Habitual</b>	Urbana – 91.6% (n=271) Rural – 5.7% (n=17)
<b>Nível de Ensino</b>	< 4º Ano – 2.4% (n=7) 4º Ano – 1.7% (n=5) 6º Ano – 4.1% (n=12) 9º Ano – 14.2% (n=42) 12º Ano – 27.4% (n=81) Licenciatura ou mais – 50.3% (n=149)
<b>Situação Laboral</b>	Empregado – 78.7% (n=233) Desempregado – 7.8% (n=23) Reformado – 5.4% (n=16) Dona de casa – 0.7% (n=2) Estudante – 7.4% (n=22)
<b>Situação económica</b>	Muito Satisfatória – 3.7% (n=11) Satisfatória – 62.8% (n=186) Pouco Satisfatória – 28.7% (n=85) Nada Satisfatória – 4.4% (n=13)
<b>Estado Civil</b>	Solteiro – 32.4% (n=96) Casado ou vivendo como tal – 57.4% (n=170) Viúvo – 1.4% (n=4) Divorciado ou Separado – 8.8% (n=26)
<b>Agregado Familiar</b>	Vive só – 12.2% (n=36) Vive com o cônjuge – 32.8% (n=97) Vive com o cônjuge e terceiros – 27.0% (n=80) Vive com terceiros – 7.4% (n=22) Vive com os pais – 16.2% (n=48) Outro – 4.1% (n=12)
<b>Filhos</b>	Um – 45.7% (n=80) Sim – 58.4% (n=173)      Dois – 46.3% (n=81) Três ou mais – 8.0% (n=14) Não – 41,2% (n=122)
<b>Crenças/Práticas Religiosas</b>	Católico praticante – 19.3% (n=57) Católico não praticante – 54.4% (n=161) Outra religião – 2.4% (n=7) Sem religião – 23.6% (n=70)
<b>Doença Física/Psicológica</b>	Sim – 11.8% (n=35) Não – 87.5% (n=259)
<b>Avaliação do Estado de Saúde</b>	Muito Mau – 0.3% (n=1) Mau – 2.0% (n=6) Nem mau nem bom – 21.3% (n=63) Bom – 61.5% (n=182) Muito Bom – 13.9% (n=41)
<b>Vivência de situação ou acontecimento de vida traumático</b>	Sim – 45.6% (n=135) Não – 52.4% (n=155)

As características da amostra relativas às relações familiares e de amizade encontram-se no Quadro 2.

**Quadro 2** – Caracterização da amostra do estudo (Relações Familiares e de Amizade).

<b>Relações Familiares</b>	<b>Grau de Contacto</b>	Muito Frequente – 42.6% (n=126)
		Frequente – 42.6% (n=126)
		Ocasional – 12.8% (n=38)
		Inexistente – 1.7% (n=5)
	<b>Qualidade do Contacto</b>	Muito Satisfatórias – 45.6% (n=135)
		Satisfatórias – 47.0% (n=139)
		Pouco Satisfatórias – 6.1% (n=18)
		Nada Satisfatórias – 1.0 % (n=3)
<b>Relações de Amizade</b>	<b>Grau de Contacto</b>	Muito Frequente – 19.6% (n=58)
		Frequente – 54.4% (n=161)
		Ocasional – 25.3% (n=75)
		Inexistente – 0% (n=0)
	<b>Qualidade do Contacto</b>	Muito Satisfatórias – 37.5% (n=111)
		Satisfatórias – 56.4% (n=167)
		Pouco Satisfatórias – 4.7% (n=14)
		Nada Satisfatórias – 1.0% (n=3)

## 2. Instrumentos

### 2.1 – Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico é constituído por 16 itens que permitem obter informações relativas a dados pessoais dos participantes. Foram consideradas diversas variáveis demográficas individuais como o género, a idade, a nacionalidade, a área de residência e o estado civil. Em relação às variáveis relativas a relações sociais e familiares foram recolhidos indicadores relativos ao agregado familiar, ao número de filhos, à frequência e satisfação com as relações familiares e de amizade, bem como as crenças e práticas religiosas. Este questionário possibilitou, ainda, a recolha de variáveis como a escolaridade, a situação laboral, a profissão, a situação económica, a existência de diagnósticos de doença, a avaliação do estado de saúde e a vivência de situações ou acontecimentos de vida traumáticos.

## 2.2 – Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC)

Para a avaliação do nível de resiliência utilizou-se a Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC – *The Connor-Davidson Resilience Scale*, Connor & Davidson, 2003), versão portuguesa traduzida e adaptada por Faria-Anjos, Ribeiro e Ribeiro (2008).

O CD-RISC é um instrumento de auto-relato, que avalia e quantifica a resiliência, possibilitando também a avaliação de alterações nos níveis de resiliência em resposta a tratamentos específicos, tanto farmacológicos como psicoterapêuticos (Connor & Davidson, 2003). Este instrumento apresenta boas propriedades psicométricas, podendo ser aplicado tanto a populações clínicas como à população geral (Connor & Davidson, 2003).

Na versão original deste instrumento (Connor & Davidson, 2003) foram encontrados, os seguintes, cinco factores:

**Factor 1** – reflecte a noção de competência pessoal, de padrões elevados e de persistência;

**Factor 2** – corresponde à confiança nos próprios instintos, à tolerância à afectividade negativa e a efeitos de fortalecimento perante o *stress*;

**Factor 3** – relaciona-se com a aceitação positiva da mudança e com a vivência de relações seguras;

**Factor 4** – reflecte o controlo;

**Factor 5** – representa a influência da espiritualidade.

Contudo, na adaptação para a população portuguesa, a análise factorial do instrumento não corroborou o modelo de cinco factores utilizado para a população americana, patenteando o modelo de quatro factores como a estrutura mais adequada à população portuguesa (Faria-Anjos, Ribeiro & Ribeiro, 2008). Desta forma, o Factor 4 original (relativo ao controlo) foi excluído, por não se apresentar como um factor independente, tendo sido integrado no Factor 1 que passou a reflectir a noção de competência pessoal, de padrões elevados, de controlo e de persistência (Faria-Anjos, Ribeiro & Ribeiro, 2008).

O CD-RISC para além de avaliar resultados específicos, relativos aos quatro factores de resiliência, possibilita também a obtenção de um resultado total que varia entre 0 e 100. Os resultados mais elevados representam um maior nível de resiliência (Connor & Davidson, 2003).

Ao nível das propriedades psicométricas, na sua versão original, o CD-RISC apresenta bons indicadores de consistência interna, com um valor de alfa de *Cronbach* de 0.89 (Connor & Davidson, 2003). Na versão adaptada para a população portuguesa o instrumento manteve bons indicadores de consistência interna, apresentando um valor de alfa de *Cronbach* de 0.88 (Faria-Anjos, Ribeiro & Ribeiro, 2008). Para este estudo o alfa de *Cronbach* do instrumento e das respectivas sub-escalas (Factores) encontra-se no Quadro 3.

**Quadro 3 – Análise de precisão do CD-RISC.**

	<b>Alfa de <i>Cronbach</i></b>	<b>Nº de itens</b>
<b>CD-RISC</b>	.90	25
<b>Factor 1</b>	.86	9
<b>Factor 2</b>	.81	9
<b>Factor 3</b>	.63	4
<b>Factor 4</b>	.70	3

É de salientar que o Factor 3 é o único que apresenta um alfa de *Cronbach* um pouco abaixo do valor ideal e adequado em termos de precisão ( $>.7$ ), contudo não faria sentido excluí-lo do instrumento ou do estudo, uma vez que a análise da correlação dos itens da sub-escala com o total apresentou bons indicadores de precisão ( $>.3$ ) e o alfa de *Cronbach* da escala completa revela valores muito bons de precisão, reforçando os bons indicadores psicométricos do instrumento.

A aplicação do instrumento demora, aproximadamente, 5 a 8 minutos e a resposta aos itens é feita numa escala tipo *likert* de 0 (“Não verdadeira”) a 4 (“Quase sempre verdadeira”), através da qual o indivíduo avalia o seu nível de concordância com as afirmações e em que medida estas se aplicam a si e à sua realidade no último mês.

### **2.3 – Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)**

Para a avaliação da sintomatologia psicopatológica utilizou-se o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI – *Brief Symptom Inventory*, Derogatis, 1982), versão portuguesa traduzida e adaptada por Canavarro (1999).

O BSI é um instrumento de auto-relato, que avalia a presença e intensidade de sintomas psicopatológicos em indivíduos com idade igual ou superior a 13 anos e que se dirige tanto a doentes de foro psiquiátrico/psicológico como à população geral

(Canavarro, 2007; Derogatis & Melisaratos, 1983). Este instrumento constitui uma versão reduzida e adaptada do *Symptom Checklist-90-Revised* (SCL90-R, Derogatis, 1977), com o benefício directo de diminuição do tempo de preenchimento (Canavarro, 2007; Derogatis & Melisaratos, 1983). Segundo Canavarro (2007), é de sublinhar que o SCL-90 (*Symptom Checklist*) teve por base o *Hopkins Symptom Checklist* (HSCH, Derogatis, Lipman, Rickles, Uhlenhuth & Covi, 1974), que encontra as suas raízes no *Discomfort Scale* (Parloff, Kelman & Frank, 1954) e no *Cornell Medical Index* (Wider, 1948).

O BSI mede sintomas psicopatológicos e perturbação emocional, por meio de 53 itens que avaliam nove dimensões sintomatológicas: somatização (7 itens), obsessões e compulsões (6 itens), sensibilidade interpessoal (4 itens), depressão (6 itens), ansiedade (6 itens), hostilidade (5 itens), ansiedade fóbica (5 itens), ideação paranóide (5 itens) e psicoticismo (5 itens). É de destacar que as dimensões não correspondem a diagnósticos psiquiátricos (Canavarro, 2007). O instrumento avalia, ainda, três Índices Globais: o Índice Geral de Sintomas (IGS), o Índice de Sintomas Positivos (ISP) e o Total de Sintomas Positivos (TSP), que constituem avaliações sumárias de perturbação emocional.

As nove dimensões de sintomatologia, avaliadas pelo BSI, foram descritas por Derogatis (1993; cit. por Canavarro, 2007) da seguinte forma:

**Somatização** – Reflecte o mal-estar decorrente da percepção do funcionamento somático, tendo em conta, essencialmente, as queixas relacionadas com o funcionamento dos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, respiratório ou qualquer outro com clara mediação autonómica.

**Obsessões-Compulsões** – Considera sintomas identificados na síndrome clínica obsessivo-compulsiva, centrando-se nas cognições, impulsos e comportamentos percebidos como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, apesar da sua natureza indesejada e ego-distónica.

**Sensibilidade Interpessoal** – Foca-se nos sentimentos de inadequação pessoal e inferioridade, principalmente na comparação com outros indivíduos, que incluem manifestações características como a auto-depreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez durante interações sociais.

**Depressão** – É composta por indicadores de depressão clínica, que reflectem sintomas de afecto e humor disfórico, bem como a perda de energia vital e a falta de motivação e de interesse pela vida.

**Ansiedade** – É composta por sinais e sintomas clinicamente associados a manifestações de ansiedade, considerando indicadores gerais como o nervosismo e a tensão, a par de sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico.

**Hostilidade** – Contempla pensamentos, emoções e comportamentos característicos de estados afectivos negativos.

**Ansiedade Fóbica** – Centra-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognomónicas e disruptivas, reflectindo uma resposta de medo persistente, face a uma pessoa, local ou situação específica, que apesar de irracional e desproporcionada em relação ao estímulo, conduz a comportamentos de evitamento.

**Ideação Paranóide** – Representa o comportamento paranóide como um modo perturbado de funcionamento cognitivo, em que o pensamento projectivo, a hostilidade, a suspeição, a grandiosidade, o egocentrismo, o medo de perda de autonomia e os delírios se apresentam como reflexos iniciais dessa perturbação.

**Psicoticismo** – Apresenta este constructo como uma dimensão contínua da experiência humana, que compreende indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, bem como os sintomas primários de esquizofrenia (alucinações e controlo de pensamento), fornecendo um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose.

A constituição destas nove dimensões de psicossintomatologia assenta em importantes elementos de psicopatologia, considerados como aspectos relevantes para a elaboração de diagnósticos pelos Manuais de Classificação Diagnóstica mais utilizados, o CID-10 e o DSM-IV (Canavarro, 2007).

Este instrumento conta, ainda, com quatro itens que embora contribuam com algum peso para as dimensões descritas, não pertencem a nenhuma delas devido a critérios estatísticos, contribuindo exclusivamente para as pontuações dos três índices globais, que foram descritos por Derogatis (1993; cit. por Canavarro, 2007) como:

**Índice Geral de Sintomas (IGS)** – Representa uma pontuação combinada que reflecte a intensidade do mal-estar experienciado e o número de sintomas assinalados.

**Índice de Sintomas Positivos (ISP)** – Representa a média da intensidade de todos os sintomas assinalados.



**Total de Sintomas Positivos (TSP)** – Representa o número de queixas sintomáticas apresentadas.

Relativamente às características psicométricas, a escala apresenta uma boa validade discriminativa e bons níveis de consistência interna, com os valores de alfa de *Cronbach*, para as nove escalas, a variar entre 0.71 (Psicoticismo) e 0.85 (Depressão) (Canavarro, 2007). A estrutura factorial, avaliada na população geral e na população clínica são, do ponto de vista conceptual, indicadores da unidade e solidez do instrumento (Canavarro, 2007). Para este estudo, o alfa de *Cronbach* do instrumento e das respectivas sub-escalas (Dimensões) encontra-se no Quadro 4.

**Quadro 4** – Análise de precisão do BSI.

	<b>Alfa de <i>Cronbach</i></b>	<b>Nº de itens</b>
<b>BSI</b>	.97	53
<b>Somatização</b>	.80	7
<b>Obsessões-Compulsões</b>	.82	6
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	.84	4
<b>Depressão</b>	.88	6
<b>Ansiedade</b>	.83	6
<b>Hostilidade</b>	.79	5
<b>Ansiedade Fóbica</b>	.82	5
<b>Ideação Paranóide</b>	.78	5
<b>Psicoticismo</b>	.76	5

A aplicação demora, aproximadamente, 8 a 10 minutos e a resposta aos itens é feita numa escala tipo *likert* de 0 (“nunca”) a 4 (“muitíssimas vezes”), através da qual o indivíduo avalia o grau em que cada problema o afectou na última semana.

### 3. Procedimentos

Previamente, apresentou-se uma declaração de consentimento informado dirigida aos participantes, com informações sobre o estudo, os seus objetivos e os contactos dos investigadores, sublinhando o carácter livre e voluntário da colaboração na investigação e assegurando a confidencialidade e anonimato dos dados a recolher.

Assinado o consentimento informado, cada participante recebeu um envelope com o protocolo de investigação, que incluía um questionário sociodemográfico e os seguintes nove questionários específicos: CD-RISC (Escala de Resiliência de Connor-Davidson), NEO-FFI (Inventário dos Cinco Factores da Personalidade), MHI (Inventário de Saúde Mental), PID-5 (inventário de Personalidade para o DSM-5 – Adultos), ITD (Inventário de Traços Depressivos), LEC-5 (Life Events Checklist for DSM-5), PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5), SIDES-SR (Self-Report Inventory for Disorders of Extreme Stress) e BSI (Inventário de Sintomas Psicopatológicos).

A recolha de dados ocorreu entre os meses de Março e Maio de 2016 e o critério de seleção da amostra é não probabilística, tendo sido realizada por conveniência com base na disponibilidade das pessoas para participarem.

Para a análise de dados foi utilizado o *software* informático de estatística - *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), na versão 21.0.

## Capítulo III – Análise de Resultados

### 1. Estatística Descritiva

Encontram-se nos Quadros 5 e 6, os resultados médios obtidos no CD-RISC e respectivas sub-escalas (Factores) e no BSI e respectivas sub-escalas (Dimensões), respectivamente.

**Quadro 5** – Estatística descritiva do CD-RISC (Total e Factores).

	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>
<b>CD-RISC (Total)</b>	69.39	13.12	70	64
<b>Factor 1</b>	27.63	5.34	28	27
<b>Factor 2</b>	22.78	5.59	23	25
<b>Factor 3</b>	11.58	2.66	12	12
<b>Factor 4</b>	7.41	2.70	7	7

**Quadro 6** – Estatística descritiva do BSI (Índices Globais e Dimensões).

	<b>Média</b>	<b>Desvio-Padrão</b>	<b>Mediana</b>	<b>Moda</b>
<b>IGS</b>	.59	.52	.45	.11
<b>ISP</b>	1.43	.43	1.27	1
<b>TSP</b>	20.31	13.43	19	3 <sup>a</sup>
<b>Somatização</b>	.42	.51	.29	.00
<b>Obsessões-Compulsões</b>	.88	.65	.83	.50
<b>Sensibilidade Interpessoal</b>	.64	.73	.50	.00
<b>Depressão</b>	.62	.71	.33	.00
<b>Ansiedade</b>	.62	.60	.50	.33
<b>Hostilidade</b>	.57	.60	.40	.20
<b>Ansiedade Fóbica</b>	.30	.54	.00	.00
<b>Ideação Paranóide</b>	.81	.69	.60	.00
<b>Psicoticismo</b>	.44	.59	.20	.00

a. Existem vários valores para a Moda, contudo é apresentado o mais baixo.

## 2. Análise de relações entre as variáveis sociodemográficas e a resiliência

Tendo em conta o reduzido número de investigações sobre a resiliência em Portugal pareceu pertinente efectuar uma análise exploratória mais aprofundada sobre a relação desta com as variáveis sociodemográficas recolhidas. É de salientar, que dado o efectivo da amostra ( $n=296$ ) pareceu-nos adequado o recurso a provas paramétricas. Nesse sentido, para estudar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a resiliência, foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson* para a variável idade, o teste *t de Student* para as variáveis dicotómicas e a ANOVA para as variáveis categoriais ou ordinais.

Para explorar a relação entre a variável idade e a resiliência foi utilizado o coeficiente de correlação de *Pearson*, que indicou que não existe uma correlação estatisticamente significativa entre as variáveis ( $r = -.019$ ;  $p = .750$ ).

Foi utilizado o teste *t de Student* para comparar os níveis de resiliência em função do género. Os resultados não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre homens ( $M=67.70$ ,  $SD=14.45$ ) e mulheres [ $M=70.53$ ,  $SD=12.05$ ;  $t(294)=1.829$ ,  $p=.068$ ].

Foi utilizado o teste *t de Student* para comparar os níveis de resiliência em função da residência habitual. Os resultados não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com residência urbana ( $M=69.41$ ,  $SD=13.35$ ) e residência rural [ $M=67.24$ ,  $SD=10.62$ ;  $t(286)=.660$ ,  $p=.510$ ].

Foi utilizado o teste *t de Student* para comparar os níveis de resiliência em função da parentalidade. Os resultados não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com filhos ( $M=70.69$ ,  $SD=11.85$ ) e indivíduos sem filhos [ $M=67.57$ ,  $SD=14.63$ ;  $t(225)=1.944$ ,  $p=.053$ ].

Foi utilizado o teste *t de Student* para comparar os níveis de resiliência entre indivíduos com doença de foro físico ou psicológico e indivíduos sem doença de foro físico ou psicológico. Os resultados não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos com doença ( $M=68.40$ ,  $SD=12.63$ ) e indivíduos sem doença [ $M=69.53$ ,  $SD=13.25$ ;  $t(292)=.477$ ,  $p=.633$ ].

Foi utilizado o teste *t de Student* para comparar os níveis de resiliência em função da vivência de situações ou acontecimentos de vida traumáticos. Os resultados não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre indivíduos que

vivenciaram situações/acontecimentos de vida traumáticos ( $M=69.61$ ,  $SD=13.62$ ) e indivíduos que não vivenciaram situações/acontecimentos de vida traumáticos [ $M=69.48$ ,  $SD=12.17$ ;  $t(288)=-.09$ ,  $p=.931$ ].

Para explorar o impacto do nível de ensino nos níveis de resiliência foi realizada a ANOVA. Os indivíduos foram divididos em três grupos de acordo com as suas respostas [Grupo 1: Inferior ou igual ao 9º ano; Grupo 2: 12º ano (antigo 7º ano); Grupo 3: Licenciatura ou mais]. A análise das diferenças entre grupos (Grupo 1:  $M=67.45$ ;  $SD=14.96$ ; Grupo 2:  $M=68.27$ ,  $SD=11.06$ ; Grupo 3:  $M=70.86$ ,  $SD=13.19$ ) revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas, para  $p < .05$ , nos níveis de resiliência entre os três grupos [ $F(2, 293)=1.960$ ,  $p=.143$ ].

Em relação ao impacto da situação laboral nos níveis de resiliência foi realizada a ANOVA. Os indivíduos foram divididos em quatro grupos de acordo com as suas respostas [Grupo 1: Empregado(a); Grupo 2: Desempregado(a) / Dona de Casa; Grupo 3: Reformado(a); Grupo 4: Estudante]. A análise das diferenças entre grupos (Grupo 1:  $M=69.87$ ;  $SD=13.25$ ; Grupo 2:  $M=69.16$ ,  $SD=13.21$ ; Grupo 3:  $M=66.63$ ,  $SD=12.77$ ; Grupo 4:  $M=66.64$ ;  $SD=12.07$ ) revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas, para  $p < .05$ , nos níveis de resiliência entre os quatro grupos [ $F(3, 292)=.663$ ,  $p=.575$ ].

Para explorar o impacto da satisfação com a situação económica nos níveis de resiliência foi realizada a ANOVA. Os indivíduos foram divididos em quatro grupos de acordo com as suas respostas [Grupo 1: Muito Satisfatória; Grupo 2: Satisfatória; Grupo 3: Pouco Satisfatória; Grupo 4: Nada Satisfatória]. A análise das diferenças entre grupos (Grupo 1:  $M=73.27$ ,  $SD=20.75$ ; Grupo 2:  $M=70.94$ ,  $SD=12.33$ ; Grupo 3:  $M=65.49$ ,  $SD=13.07$ ; Grupo 4:  $M=68.46$ ,  $SD=12.55$ ) revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas, para  $p < .05$ , nos níveis de resiliência entre os quatro grupos [ $F(3, 291)=3.808$ ,  $p=.011$ ], com um coeficiente de determinação baixo ( $\eta^2=.038$ ). A análise *Post-hoc*, com recurso ao teste de *Tukey HSD*, revelou uma diferença estatisticamente significativa ( $p < .05$ ) nos valores médios de resiliência entre o Grupo 2 e o Grupo 3, não tendo sido encontradas outras diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Em relação ao impacto do estado civil nos níveis de resiliência foi realizada a ANOVA. Os indivíduos foram divididos em três grupos de acordo com as suas respostas [Grupo 1: Solteiro(a); Grupo 2: Casado(a) ou vivendo como tal; Grupo 3: Divorciado(a), Separado(a) ou Viúvo(a)]. A análise das diferenças entre grupos (Grupo

1:  $M=68.65$ ;  $SD=12.77$ ; Grupo 2:  $M=70.78$ ,  $SD=12.41$ ; Grupo 3:  $M=63.93$ ,  $SD=16.58$ ) revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas, para  $p < .05$ , nos níveis de resiliência entre os três grupos [ $F(2, 293)=3.769$ ,  $p=.024$ ], com um coeficiente de determinação baixo ( $Eta\ Squared=.025$ ). A análise *Post-hoc* revelou uma diferença estatisticamente significativa ( $p < .05$ ) nos valores médios de resiliência entre o Grupo 2 e o Grupo 3, não tendo sido encontradas outras diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Para explorar o impacto do agregado familiar nos níveis de resiliência foi realizada a ANOVA. Os indivíduos foram divididos em seis grupos de acordo com as suas respostas [Grupo 1: Vive só; Grupo 2: Vive com o cônjuge; Grupo 3: Vive com o cônjuge e terceiros; Grupo 4: Vive com terceiros; Grupo 5: Vive com os pais; Grupo 6: Outro]. A análise das diferenças entre grupos (Grupo 1:  $M=66.61$ ,  $SD=12.53$ ; Grupo 2:  $M=70.65$ ,  $SD=11.98$ ; Grupo 3:  $M=71.13$ ,  $SD=12.53$ ; Grupo 4:  $M=67.23$ ,  $SD=14.32$ ; Grupo 5:  $M=69.96$ ,  $SD=12.94$ ; Grupo 6:  $M=55.75$ ,  $SD=17.42$ ) revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas, para  $p < .05$ , nos níveis de resiliência entre os seis grupos [ $F(5, 289)=3.702$ ,  $p=.003$ ], com um coeficiente de determinação médio ( $Eta\ Squared=.060$ ). A análise *Post-hoc* revelou diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) nos valores médios de resiliência entre o Grupo 6 e os Grupos 2, 3 e 5, conforme se pode observar no Quadro 7. É de salientar que não foram encontradas outras diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

**Quadro 7** – Análise *Post-hoc*, com o teste de *Tuckey HSD*, da variância nas médias de resiliência em função do agregado familiar.

(I) Agregado Familiar	(J) Agregado Familiar	Diferença nas Médias (I-J)
Outro	Vive só	-10.861
	Vive com o cônjuge	-14.899 **
	Vive com o cônjuge e terceiros	-15.375 **
	Vive com terceiros	-11.477
	Vive com os pais	-14.208 **

\*\*  $p < .01$

Para explorar o impacto do número de filhos nos níveis de resiliência foi realizada a ANOVA. Os indivíduos foram divididos em três grupos de acordo com as suas respostas [Grupo 1: Um filho; Grupo 2: Dois filhos; Grupo 3: Três filhos ou mais].

A análise das diferenças entre grupos (Grupo 1:  $M=70.90$ ,  $SD=10.18$ ; Grupo 2:  $M=70.10$ ,  $SD=13.42$ ; Grupo 3:  $M=72.79$ ,  $SD=11.80$ ) revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas, para  $p < .05$ , nos níveis de resiliência entre os três grupos [ $F(2, 172)=.329$ ,  $p=.720$ ].

Em relação ao impacto das crenças/práticas religiosas nos níveis de resiliência foi realizada a ANOVA. Os indivíduos foram divididos em quatro grupos de acordo com as suas respostas [Grupo 1: Católico(a) praticante; Grupo 2: Católico(a) não praticante; Grupo 3: Outra religião; Grupo 4: Sem religião]. A análise das diferenças entre grupos (Grupo 1:  $M=72.67$ ;  $SD=13.03$ ; Grupo 2:  $M=69.26$ ,  $SD=12.90$ ; Grupo 3:  $M=68.71$ ,  $SD=21.44$ ; Grupo 4:  $M=67.04$ ,  $SD=12.54$ ) não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas, para  $p < .05$ , nos níveis de resiliência entre os quatro grupos [ $F(3, 291)=1.956$ ,  $p=.121$ ].

Para explorar o impacto da avaliação do estado de saúde nos níveis de resiliência foi realizada a ANOVA. Os indivíduos foram divididos em quatro grupos de acordo com as suas respostas [Grupo 1: Muito Mau ou Mau; Grupo 2: Nem Mau Nem Bom; Grupo 3: Bom; Grupo 4: Muito Bom]. A análise das diferenças entre grupos (Grupo 1:  $M=62.00$ ,  $SD=19.43$ ; Grupo 2:  $M=66.60$ ,  $SD=13.65$ ; Grupo 3:  $M=70.61$ ,  $SD=12.21$ ; Grupo 4:  $M=71.32$ ,  $SD=11.76$ ) revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas, para  $p < .05$ , nos níveis de resiliência entre os quatro grupos [ $F(3, 289)=2.654$ ,  $p=.049$ ], com um coeficiente de determinação baixo ( $Eta\ Squared=.027$ ). Contudo a análise *Post-hoc* não revelou diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) nos valores médios de resiliência entre os grupos.

Em relação ao impacto do grau de contacto nas relações familiares e de amizade nos níveis de resiliência foi realizada a ANOVA. Os indivíduos foram divididos em três grupos de acordo com as suas respostas [Grupo 1: Muito Frequente; Grupo 2: Frequente; Grupo 3: Ocasional ou Inexistente].

Quanto ao grau de contacto nas relações familiares, a análise das diferenças entre grupos (Grupo 1:  $M=71.78$ ;  $SD=10.43$ ; Grupo 2:  $M=69.45$ ,  $SD=13.63$ ; Grupo 3:  $M=62.14$ ,  $SD=16.14$ ) revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas, para  $p < .05$ , nos níveis de resiliência entre os três grupos [ $F(2, 292)=9.105$ ,  $p=.000$ ], com um coeficiente de determinação médio ( $Eta\ Squared=.059$ ). A análise *Post-hoc* revelou diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) nos valores médios de resiliência entre o Grupo 3 e os Grupos 1 e 2, respectivamente, não tendo sido encontradas outras diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Quanto ao grau de contacto nas relações de amizade, a análise das diferenças entre grupos (Grupo 1:  $M=70.67$ ;  $SD=12.46$ ; Grupo 2:  $M=70.26$ ,  $SD=12.65$ ; Grupo 3:  $M=66.92$ ,  $SD=14.03$ ) revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas, para  $p < .05$ , nos níveis de resiliência entre os três grupos [ $F(2, 291)=1.995$ ,  $p=.138$ ].

Em relação ao impacto da qualidade do contacto nas relações familiares e de amizade nos níveis de resiliência foi realizada a ANOVA. Os indivíduos foram divididos em três grupos de acordo com as suas respostas [Grupo 1: Muito Satisfatórias; Grupo 2: Satisfatórias; Grupo 3: Pouco/Nada Satisfatórias].

Quanto à qualidade do contacto nas relações familiares, a análise das diferenças entre grupos (Grupo 1:  $M=72.67$ ;  $SD=11.10$ ; Grupo 2:  $M=67.71$ ,  $SD=13.57$ ; Grupo 3:  $M=59.29$ ,  $SD=15.60$ ) revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas, para  $p < .05$ , nos níveis de resiliência entre os três grupos [ $F(2, 292)=12.439$ ,  $p=.000$ ], com um coeficiente de determinação médio ( $Eta\ Squared=.079$ ). A análise *Post-hoc* revelou diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) nos valores médios de resiliência entre todos os grupos, como se pode observar no Quadro 8.

**Quadro 8** – Análise *Post-hoc*, com o teste de *Tuckey HSD*, da variância nas médias de resiliência em função da qualidade do contacto nas relações familiares.

(I) Q12A – Qualidade do Contacto (Família)	(J) Q12A – Qualidade do Contacto (Família)	Diferença nas Médias (I-J)
Muito Satisfatórias	Satisfatórias	4.954 **
	Pouco / Nada Satisfatórias	13.381 ***
Satisfatórias	Muito Satisfatórias	-4.954 **
	Pouco / Nada Satisfatórias	8.427 *
Pouco / Nada Satisfatórias	Muito Satisfatórias	-13.381 ***
	Satisfatórias	-8.427 *
* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$		

Quanto à qualidade do contacto nas relações de amizade, a análise das diferenças entre grupos (Grupo 1:  $M=71.28$ ;  $SD=12.87$ ; Grupo 2:  $M=68.92$ ,  $SD=12.75$ ; Grupo 3:  $M=61.53$ ,  $SD=15.90$ ) revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas, para  $p < .05$ , nos níveis de resiliência entre os três grupos [ $F(2, 292)=4.398$ ,  $p=.013$ ], com um coeficiente de determinação baixo ( $Eta\ Squared=.029$ ). A análise *Post-hoc*



revelou diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ) nos valores médios de resiliência entre o Grupo 3 e o Grupo 1, não tendo sido encontradas outras diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

### 3. Análise do impacto global do suporte social no nível de resiliência

A análise da relação entre as variáveis relativas ao grau e qualidade de contacto com a família e com os amigos apontou um impacto estatisticamente significativo no nível de resiliência, indicando a possibilidade de confirmação da primeira hipótese do estudo. Nesse sentido, pareceu pertinente explorar o seu impacto enquanto variável única de suporte social, considerando o conjunto dos quatro itens como uma “Escala de Suporte Social”.

A análise de precisão da escala apresentou um alfa de *Cronbach* de .74, indicando um bom nível de precisão para este estudo. A análise da consistência interna da escala revelou que todos os itens se correlacionam com a escala como um todo ( $> .40$ ) e que a remoção de qualquer um destes não alteraria significativamente o alfa de *Cronbach*, conforme pode ser observado no Quadro 9, atestando novamente bons indicadores de precisão.

**Quadro 9** – Análise da Consistência Interna da “Escala de Suporte Social”.

	Correlação do Item-Total	Alfa de <i>Cronbach</i> com Item Excluído
<b>Item 1</b> – Grau de Contacto (Família)	.60	.63
<b>Item 2</b> – Qualidade do Contacto (Família)	.52	.68
<b>Item 3</b> – Grau de Contacto (Amizade)	.45	.72
<b>Item 4</b> – Qualidade do Contacto (Amizade)	.56	.67

A análise da relação entre o nível total de suporte social, aferido através desta “Escala de Suporte Social”, e o nível de resiliência revela a existência de uma correlação positiva muito significativa ( $r = .24$   $p = .000$ ), confirmando a primeira hipótese do estudo e sugerindo que quanto maior o nível de suporte social mais elevados se apresentam os níveis de resiliência.

#### 4. Análise das relações entre a resiliência e a sintomatologia psicopatológica

Com o objectivo de testar a segunda hipótese foi calculado o coeficiente de correlação de *Pearson* entre o nível de resiliência e o índice geral de sintomas (IGS) que se apresenta como o melhor indicador único de sintomatologia psicopatológica, pela sua fórmula de cálculo (Canavarro, 2007). Os resultados indicam a existência de uma correlação negativa estatisticamente significativa ( $r = -.28$ ,  $p = .000$ ), sugerindo uma relação inversa entre os constructos. Assim, quando o nível de resiliência aumenta o índice geral de sintomas diminui, na mesma medida em que quando o nível de resiliência diminui o índice geral de sintomas aumenta, confirmando a segunda hipótese deste estudo.

De forma a explorar mais aprofundadamente a relação entre a resiliência e a sintomatologia psicopatológica foi realizada uma análise do coeficiente de correlação de *Pearson* entre o nível de resiliência (Total e Factores) e as nove dimensões de sintomatologia psicopatológica aferidas pelo BSI. Os resultados encontram-se apresentados no Quadro 10.

**Quadro 10** – Correlações entre o CD-RISC (Total e Factores) e o BSI (Dimensões).

	<b>Total</b>	<b>Factor 1</b>	<b>Factor 2</b>	<b>Factor 3</b>	<b>Factor 4</b>
<b>Somatização</b>	-.16 **	-.12 *	-.20 **	-.12 *	-.03
<b>Obsessões-Compulsões</b>	-.31 ***	-.30 ***	-.30 ***	-.25 ***	-.02
<b>Sens. Interpessoal</b>	-.25 ***	-.23 ***	-.26 ***	-.21 ***	-.02
<b>Depressão</b>	<b>-.39 ***</b>	-.37 ***	-.36 ***	-.35 ***	-.07
<b>Ansiedade</b>	<b>-.25 ***</b>	-.21 ***	-.26 ***	-.20 **	-.06
<b>Hostilidade</b>	-.15 **	-.13 *	-.15 **	-.11	-.08
<b>Ansiedade Fóbica</b>	-.17 **	-.12 *	-.21 ***	-.12 *	-.02
<b>Ideação Paranóide</b>	-.13 *	-.12 *	-.11	-.17 **	-.03
<b>Psicoticismo</b>	-.30 ***	-.27 ***	-.30 ***	-.25 ***	-.04

\*  $p < .05$

\*\*  $p < .01$

\*\*\*  $p < .001$

Com base nos resultados, apresentados no Quadro 10, é possível observar que todas as dimensões de sintomatologia psicopatológica se correlacionam de forma

negativa e estatisticamente significativa com a resiliência, sendo de sublinhar os resultados encontrados para as dimensões de depressão e ansiedade, que confirmam, respectivamente, a terceira e a quarta hipóteses deste estudo.

Com o objectivo de explorar qual o factor de resiliência com maior influência sobre cada dimensão de sintomatologia psicopatológica foram, igualmente, incluídos no Quadro 10 os resultados do coeficiente de correlação de *Pearson*. É de salientar, que nenhuma das dimensões apresentou uma correlação estatisticamente significativa com o Factor 4.

## Capítulo IV – Discussão de Resultados

O principal objetivo desta dissertação foi contribuir para o estudo e conceptualização do constructo de resiliência em populações adultas, mais especificamente na população portuguesa, e explorar a relação entre resiliência e sintomatologia psicopatológica numa amostra da população geral.

A análise de resultados possibilitou a exploração e compreensão mais aprofundada dos constructos em estudo, especialmente o de resiliência na população portuguesa. Assim, em relação ao nível médio total de resiliência ( $N=296$ ,  $M=69.4$ ,  $SD=13.1$ ) a amostra deste estudo apresentou resultados um pouco abaixo do nível encontrado no estudo original ( $N=421$ ,  $M=73.4$ ,  $SD=12.0$ ) de validação do CD-RISC para a população portuguesa (Faria-Anjos, 2008). Quanto à média de resultados no Índice Geral de Sintomas ( $N=296$ ,  $M=.6$ ,  $SD=.5$ ) a amostra deste estudo, também, apresentou resultados um pouco inferiores aos encontrados no estudo original ( $N=404$ ,  $M=.8$ ,  $SD=.5$ ) de validação do BSI para a população portuguesa (Canavarro, 2007).

No que diz respeito aos resultados da análise de relações entre a resiliência e as variáveis sociodemográficas não foram encontradas relações estatisticamente significativas para as variáveis: género, idade, residência habitual, nível de ensino, situação laboral, parentalidade, número de filhos, crenças/práticas religiosas, sofrer de alguma doença do foro físico ou psicológico e vivência de situações ou acontecimentos de vida traumáticos. Só foram encontradas relações estatisticamente significativas entre a resiliência e as variáveis: satisfação com a situação económica, estado civil, agregado familiar, crenças/práticas religiosas e avaliação do estado de saúde. Quanto à relação entre a resiliência e as variáveis relativas às relações familiares e de amizade os resultados também apresentaram significância estatística.

Os resultados, estatisticamente não significativos, encontrados entre a resiliência e a variável género foram também reportados noutros estudos, nomeadamente no estudo original de validação do CD-RISC (Connor & Davidson, 2003), no estudo de validação do CD-RISC para a população portuguesa (Faria-Anjos, Ribeiro & Ribeiro, 2008) e noutros estudos (Agaibi & Wilson, 2006; Campbell-Sills et al., 2006; Kukiwara, Yamawaki, Uchiyama, Arai & Horikawa, 2014; Zeidler & Endler, 1996). No entanto, são também encontrados, na literatura científica, resultados divergentes, que reportam relações estatisticamente significativas (Mancini & Bonanno, 2006).

O estudo de validação do CD-RISC para a população portuguesa (Faria-Anjos, Ribeiro & Ribeiro, 2008) reportou a existência de uma correlação positiva entre a idade e a resiliência, que não foi confirmada pelos resultados deste estudo. Contudo, é de salientar que os resultados encontrados neste estudo são convergentes com o estudo original de validação do CD-RISC (Connor & Davidson, 2003) e com estudos de outros autores (Agaibi & Wilson, 2006; Kukiwara, Yamawaki, Uchiyama, Arai & Horikawa, 2014; Zeidler & Endler, 1996) que também não encontraram uma relação significativa entre a resiliência e a idade.

Quanto à relação entre a resiliência e a residência habitual não foi encontrada significância estatística e também não conseguimos encontrar qualquer referência na literatura científica sobre esta relação.

Relativamente aos resultados encontrados entre a resiliência e o nível de ensino, que se revelaram estatisticamente não significativos, a literatura científica não é coerente, encontrando-se investigações com resultados idênticos aos apresentados neste estudo (Gillespie, Chaboyer & Wallis, 2009; Min et al., 2013; Scali et al., 2012) e outras com resultados contrários (Campbell-Sills, Forde & Stein, 2009; Holden, Bradford, Hall & Belton, 2013). Segundo Bonanno e colaboradores (2007) a relação entre a resiliência e o nível de ensino não é muito clara, sofrendo variações em função da amostra e da influência de outras características sociodemográficas e psicossociais: num estudo foram encontrados resultados que indicavam uma correlação positiva entre as variáveis (Bonanno et al., 2006) e noutro estudo resultados que indicavam exactamente o oposto, apresentando uma correlação negativa (Bonanno et al., 2007).

A relação entre a resiliência e a situação laboral, também, não apresentou significância estatística para a amostra deste estudo. Alguns autores assinalam maiores níveis de resiliência em indivíduos empregados (Kukiwara, Yamawaki, Uchiyama, Arai & Horikawa, 2014) e menores níveis de resiliência em indivíduos desempregados (Holden, Bradford, Hall & Belton, 2013). No entanto, segundo Moorthouse e Caltabiano (2007) é possível encontrar indivíduos desempregados com qualidades resilientes, que atenuam os efeitos negativos do desemprego e lhes permitem adaptar-se e adoptar uma atitude assertiva na procura de emprego (cit. por Dimas, Pereira & Canavarro, 2013).

A relação entre a resiliência e a satisfação com a situação económica revelou resultados estatisticamente significativos, revelando que o grupo de indivíduos que se encontram satisfeitos com a sua situação económica têm uma média no nível de

resiliência superior ao grupo de indivíduos que se encontram pouco satisfeitos com a sua situação económica. De acordo com Mancini e Bonanno (2006) a situação económica influencia a resiliência, encontrando-se os indivíduos com uma situação económica mais desfavorável mais propensos a revelar níveis de resiliência mais baixos, ao contrário de indivíduos com uma situação económica mais favorável que revelam níveis de resiliência mais elevados. Contudo, existem estudos que não encontraram relações significativas entre as variáveis (Bonanno, Galea, Bucciarelli & Vlahov, 2007; Kukiwara, Yamawaki, Uchiyama, Arai & Horikawa, 2014).

No entanto, no presente estudo, os dados recolhidos não se referiam à situação económica objectiva, mas à satisfação dos indivíduos com a sua situação económica. Segundo Padeiro (2010) a sensação de bem-estar económico dos indivíduos encontra-se associada a uma perspectiva elevada de rendimento económico, que promove uma maior satisfação com a vida, uma maior vivência de estados emocionais positivos e uma menor vivência de estados emocionais negativos, apontando o rendimento económico como preditor de bem-estar subjectivo (Diener et al., 1993; Diener & Fujita, 1995; Diener et al., 1995; Howell & Howell, 2008; Inglehart et al., 2008; Kirkcaldy et al., 1998; Near et al., 1978; Oishi et al., 1999; Selim, 2008; Wilson, 1967; cit. por Padeiro, 2010). Desta forma, as diferenças encontradas podem ser explicadas por desigualdades ao nível do bem-estar subjectivo, resultantes da comparação do seu rendimento económico objectivo com o de outros indivíduos (Brown et al., 2008; Solnick & Hemenway, 1998; cit. por Padeiro, 2010).

A análise da relação entre o estado civil e a resiliência revelou resultados significativos, apontando para níveis de resiliência mais baixos no grupo de indivíduos separados, divorciados ou viúvos comparativamente ao grupo dos casados ou vivendo como tal. A este respeito, a comunidade científica não é consensual, se por um lado alguns autores não encontram uma relação estatisticamente significativa (Campbell-Sills, Forde & Stein, 2009; Gloria & Steinhardt, 2014; Min et al., 2013; Scali et al., 2012), por outro lado surgem autores que revelam encontrar significância na relação (Almeida et al., 2013; Cronkite & Moos, 1984; Lever & Valdez, 2010; Mclean et al., 2008; Thoits, 1982).

Segundo Lever e Valdez (2010) os indivíduos casados sentem-se mais fortes, mais apoiados, mais confiantes e com mais responsabilidade quando comparados com os solteiros, o que leva a que se sintam menos afectados perante mudanças inesperadas.

Estes resultados são também confirmados por Mclean e colaboradores (2008) que apresentam o casamento como um factor protector de resiliência.

Recentemente, alguns autores têm vindo a debruçar-se sobre o processo de resiliência ao nível dos diversos sistemas e subsistemas em que os indivíduos se inserem, nomeadamente a nível familiar e conjugal (Patterson, 2002; Venter, 2009; Walsh, 2002), apresentando evidências da importância da coesão familiar e/ou conjugal nos níveis de resiliência (Bodenmann, 2005; Solomon, Rothblum & Balsam, 2004; Venter, 2009; Werner & Smith, 2001). Nesse sentido, os resultados mais baixos nos níveis de resiliência dos indivíduos separados, divorciados ou viúvos, em comparação com os casados ou vivendo como tal, podem ser explicados por uma ruptura familiar (Pesce, 2005; Poletto & Koller, 2008) ou pela perda do cônjuge (Bonanno & Kaltman, 1999; Stroebe & Stroebe, 1983), que provocaram alterações ao nível da coesão familiar ou da rede de suporte social. A este nível, é de salientar ainda, que a condição de estar separado, divorciado e/ou viúvo, bem como a vivência de discórdia conjugal se constituem por si só como factores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica, especialmente depressiva, com impacto nos níveis de resiliência (Almeida et al., 2013; Overbeek et al. 2006; Whisman & Bruce 1999).

Quanto aos resultados da relação entre a resiliência e o agregado familiar apesar de ter sido encontrada significância estatística, esta não apresentava qualquer tipo de relevância, uma vez que as diferenças encontradas se relacionavam todas com o grupo de indivíduos que respondeu viver com outras pessoas não incluídas nas categorias de resposta pré-determinadas. A este nível, também não conseguimos encontrar referências na literatura científica.

A relação entre a resiliência e a parentalidade não apresentou significância estatística, contudo a revisão de literatura científica sugere a influência da função parental como factor mediador de resiliência (Conger & Conger, 2002; Darling & Steinberg, 1993; Driscoll, Russell & Crockett, 2008; Manzeske & Dopkins Stright, 2009; Milevsky, Schlechter, Netter & Keehn, 2007; cit. por Fernandez, Schwartz, Chun & Dickson, 2013) e como amortecedor de factores de risco e promotor de resiliência (Conger & Conger, 2002; Prevatt, 2003; Wahler, 2002; cit. por Fernandez, Schwartz, Chun & Dickson, 2013). De salientar, que também não foi encontrada uma relação significativa entre a resiliência e o número de filhos.

A análise da relação entre as crenças ou práticas religiosas e a resiliência não se revelou significativa, contudo são encontrados na literatura científica diversos estudos

que asseguram uma influência positiva da espiritualidade nos níveis de resiliência (Mamani, Tuchman & Duarte, 2010; McIntire & Duncan, 2013; Palmer, Martin, Depp, Glorioso & Jeste, 2014; Pargament, Koenig & Perez, 2000; Pargament & Lomax, 2013; Shaw, Joseph & Linley, 2005).

Relativamente à relação entre a resiliência e sofrer de uma doença de foro físico ou psicológico, não foi encontrada significância. Este resultado parece contraditório com a relação observada entre resiliência e sintomatologia psicopatológica.

Nesse sentido, os resultados poderão dever-se ao facto de ser sido realizada uma aferição conjunta do grupo de sujeitos que têm um diagnóstico de doença física e do grupo de sujeitos que têm um diagnóstico de doença psicológica. Alguns autores assumem que o diagnóstico de uma doença física afecta clara e directamente a saúde e o bem-estar, levando a processos cognitivos e emocionais de catastrofização (Sullivan, Bishop & Pivik, 1995), mas segundo Smith e Zautra (2008) podem ser encontradas características de resiliência em indivíduos com doenças físicas crónicas (cit. por Sturgeon & Zautra, 2010).

Nesses casos, a disposição para o optimismo, as expectativas positivas para o futuro e os níveis elevados de aceitação do diagnóstico, predizem maior tolerância ao sofrimento e menores índices de catastrofização e de afecto negativo (Elander et al., 2009; Esteve, Ramirez-Maestre & Lopez-Martinez, 2007; Ferreira & Sherman, 2007; Kratz, Davis & Zautra, 2007; McCracken & Eccleston, 2005; Scheier, Carver & Bridges, 1994; Smith et al., 2009; cit. por Sturgeon & Zautra, 2010), levando a um reforço dos recursos internos do indivíduo e ajudando-o a lidar com as circunstâncias (Davis, Zautra & Smith, 2004; Fredrickson, 1998; cit. por Sturgeon & Zautra, 2010).

No que diz respeito à relação entre a resiliência e a avaliação do estado de saúde, foi encontrada uma correlação significativa, apesar de não terem sido encontradas diferenças entre grupos. Ao nível da literatura científica não conseguimos encontrar referências que expliquem estes resultados, nem a relação directa entre a resiliência e a avaliação do estado de saúde, uma vez que as evidências que existem se referem à influência positiva da resiliência no estado de saúde (Eicher et al., 2015; Haddadi & Besharat, 2010; Hei et al., 2013; Schure et al., 2013; cit. por Ju-Chi, Chang, Wu & Tsai, 2015 e Sart, Börkan, Erkman & Serbest, 2016) e não na sua percepção/avaliação.

Nesse sentido, estes resultados poderão ser explicados pela influência do afecto positivo/negativo na avaliação do estado de saúde (Cohen & Williamson, 1991; Cohen et al., 1995; Cohen et al., 2003; Mechanic, 1977; Pennebaker, 1983; Watson &



Pennebaker, 1989; cit. por Pressman & Cohen, 2005), tendo em consideração que os indivíduos que experienciam afecto positivo têm uma percepção mais positiva do seu estado de saúde do que os indivíduos que experienciam afecto negativo, que exibem percepções mais negativas (Benyamini, Idler, Leventhal & Leventhal, 2000; Casten, Lawton, Winter, Kleban & Sando, 1997; Croyle & Uretsky, 1987; Okun, Stock, Haring, & Witter, 1984; Roysamb et al., 2003; Salovey & Birnbaum, 1989; Takkouche et al., 2001; Watson, 1988; cit. por Pressman & Cohen, 2005). É de destacar que a resiliência se encontra positiva e significativamente relacionada com o afecto positivo (Campbell-Sills, Cohan & Stein, 2006; Palmer, Martin, Depp, Glorioso & Jeste, 2014), que é por muitos autores considerado como uma das características de resiliência (Alarcon, Browling & Khazon, 2013; Carver, 1998; Loh, Schutte e Thorsteinsson, 2013; Masten & Reed, 2002).

A relação entre a resiliência e ter vivenciado uma situação ou acontecimento de vida traumático não se revelou significativa. A este nível, os resultados são convergentes com a literatura científica que assegura as características de resiliência como comuns à população geral (Seligman & Csikszentmihalyi, 2003), sendo reduzidos os casos em que após a exposição a uma situação ou acontecimento traumático os indivíduos desenvolvem quadros severos e duradouros de sintomatologia psicopatológica (Ballenger et al., 2004). A resiliência é um fenómeno multidimensional e portanto os indivíduos podem apresentar-se simultaneamente resilientes e emocionalmente vulneráveis (Harvey, 1996; Lynch, Keasler, Reaves, Channer, & Bukowski, 2007; Peddle, 2007; Radan, 2007). Segundo Yehuda (2004) “o caminho normal é a recuperação” (p. 35), que pode contudo ser facilitada por um ambiente protector de suporte afectivo.

A análise dos resultados permitiu a confirmação de todas as hipóteses formuladas.

### **Hipótese 1 – Quanto maior o nível de suporte social, maior o nível de resiliência.**

A relação entre a resiliência e as variáveis relativas às relações familiares e de amizade revelou-se positiva e significativa, confirmando a influência do suporte social nos níveis de resiliência e a primeira hipótese do estudo.

Os resultados indicaram que os grupos de indivíduos com maior grau de contacto com a família apresentavam níveis de resiliência mais elevados que o grupo de

indivíduos com menor grau de contacto. Ainda nesse sentido, os grupos de indivíduos com maior satisfação com a qualidade do contacto com a família apresentaram níveis de resiliência mais elevados que o grupo de indivíduos com menor satisfação com a qualidade do contacto.

Relativamente às relações de amizade, o grupo de indivíduos com maior satisfação com a qualidade do contacto com os amigos apresentou níveis de resiliência mais elevados que o grupo de indivíduos com menor satisfação com a qualidade do contacto.

Segundo Wills (1985) o suporte social confere aos indivíduos confiança para lidar com situações problemáticas, revelando-se uma questão com grande influência na forma como os indivíduos percebem e reagem às situações (Cohen & McKay, 1984). Os relacionamentos interpessoais são, em termos gerais, concebidos como promotores de adaptação dos indivíduos, ao providenciarem apoio emocional e instrumental (Wills, Blechman & McNamara, 1996). Contudo, é de salientar que, segundo Brito e Koller (1999) a significação que o indivíduo atribui à rede de apoio pode ser mais relevante do que a rede de apoio em si.

Quanto às relações familiares, muitos autores concebem-nas como factor protector de resiliência (Hawley & DeHann, 1996; Kumpfer, 1999; Rutter, 1987), no entanto outros autores (Hawley & DeHann, 1996; Kumpfer, 1999; Yunes, 2001) alertam para a necessidade de cautela quanto a esta aceção, sublinhando a importância de uma análise aprofundada da qualidade das mesmas. A baixa qualidade das relações familiares pode transforma-las num factor de risco, sendo para isso necessário que estas se baseiem em características positivas e saudáveis, associadas à resiliência e à coesão familiar (Hawley & DeHann, 1996; Morais & Koller, 2004).

Nesse sentido, as relações familiares têm sido apontadas como um factor significativamente envolvido no desenvolvimento de traços de resiliência (Melillo, Estamati & Cuestas, 2001; Werner, 1985; Yunes & Szymanski, 2001). O ajustamento emocional e comportamental está associado à qualidade das relações familiares (Hill, 2003) e, é nesse sentido, que se tem vindo a desenvolver o conceito de família resiliente, como uma característica que se constrói numa rede de relações e de experiências vividas ao longo do ciclo vital e através das gerações (Rutter, 1987; Walsh, 1998, 2005).

Quanto às relações de amizade e com a comunidade também têm sido referidas como importantes factores de promoção de resiliência (Cecconello & Koller, 2000;

Condly, 2006; Werner, 2000), devendo apresentar-se como redes de apoio social e afetivo com uma estrutura e funcionamento protector (Poletto & Koller, 2002).

Na amostra deste estudo, os resultados sugeriram que as relações interpessoais, quer com a família quer com os amigos, têm influência nos níveis de resiliência. Desta forma, pareceu pertinente analisar estas variáveis em conjunto, enquanto escala de suporte social.

A relação encontrada entre a resiliência e o suporte social revelou-se positiva e significativa, sugerindo que o aumento dos índices de suporte social se encontra associado a níveis de resiliência mais elevados, atestando, mais uma vez, a hipótese formulada e revelando concordância com outros estudos (Baruth & Carroll, 2002; Bonanno, 2004; Borum et al., 2000; Campbell-Sills, Cohan & Stein, 2006; Carlton et al., 2006; Garnezy 1991; Hjemdal, Aune, Reinfjell, Stiles & Friborg, 2007; Kumpfer, 1999; Loh, Schutte & Thorsteinsson, 2013; Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Olsson et al., 2003; Sart, Börkan, Erkman & Serbest, 2016; Seccombe, 2002; Skrove, Romundstad & Indredavik, 2013; Wagnild, 2009; Werner 1985).

### **Hipótese 2 – Quanto maior o nível de resiliência menor o índice de sintomatologia psicopatológica.**

A relação entre a resiliência e a sintomatologia psicopatológica, aferida pelo Índice Geral de Sintomas (IGS) do BSI, revelou-se negativa e significativa, confirmando a influência inversa da resiliência na sintomatologia psicopatológica e corroborando a segunda hipótese do estudo.

Nesse sentido, a literatura científica certifica a resiliência como uma característica protectora de sintomatologia psicopatológica (Campbell-Sills, Cohan & Stein, 2006; Davydov, Stewart, Ritchie & Chaudieu, 2010; Friborg et al., 2003; Ingram & Price, 2001; Robinson, Larson & Cahill, 2013; Rutter, 1979, 1985; Smith, 2009; Werner & Smith, 1982).

A saúde mental é caracterizada não só pela ausência de um funcionamento disfuncional, mas também pela presença de estados psicológicos positivos (Jeste & Palmer, 2013; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; cit. por Palmer, Martin, Depp, Glorioso & Jeste, 2014), uma vez que tanto a presença de factores negativos como a ausência de factores positivos são questões de extrema importância, especialmente no risco de desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica (Ho et al., 2015).

A resiliência apresenta-se como um processo que possibilita uma adaptação funcional bem-sucedida, encontrando-se negativamente associada a índices de desadaptação, psicopatologia e/ou sintomatologia psicopatológica (Haddadi & Besharat, 2010; Seifer, 2003; Sroufe, 1997; Werner & Smith, 2001; cit. por Friborg, Hjemdal, Martinussen & Rosenvinge, 2009 e Sart, Börkan, Erkman & Serbest, 2016).

É de sublinhar, que alguns estudos reportam uma correlação positiva entre a resiliência e o afecto positivo (Benetti & Kambouropolous, 2006; Robinson, Larson & Cahill, 2013) e uma correlação negativa entre a resiliência e o afecto negativo (Robinson, Larson & Cahill, 2013). Entre as diversas características de resiliência é muitas vezes salientada, por diversos autores, a disposição para o optimismo que se revela negativamente associada à sintomatologia psicopatológica e positivamente correlacionada com bons níveis de adaptação ao longo da vida (Alarcon, Browling & Khazon, 2013; Carver, 1998; Masten & Reed, 2002). A literatura científica atesta, ainda, que a presença de níveis elevados de auto-estima contribui para a estabilidade emocional e protege contra a emocionalidade negativa (Buhrmester, Blanton & Swann, 2011; Campbell-Sills, Cohan & Stein, 2006; Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge & Hjemdal, 2005).

Em relação às hipóteses 2.1 e 2.2 deste estudo, é de salientar, que a sua formulação foi realizada em função da literatura científica encontrada, que sublinhava a sintomatologia depressiva e ansiosa como as doenças mentais comuns mais frequentes em termos globais (Jansen et al., 2011; NCCMH, 2001).

### **Hipótese 2.1 – Quanto maior o nível de resiliência menor o índice de sintomatologia depressiva.**

A relação entre a resiliência e a dimensão de sintomatologia depressiva apresentou-se negativa e significativa, confirmando a influência inversa da resiliência na sintomatologia depressiva e corroborando a hipótese do estudo.

De facto, a literatura científica aponta uma associação negativa entre o nível de resiliência e a sintomatologia depressiva (Holden et al., 2013; Schure et al., 2013; Spies & Seedat, 2014; Staudinger & Fleeson, 1996; Tan-Kristanto & Kiropoulos, 2015; cit. por Ju-Chi, Chang, Wu & Tsai, 2015).

Segundo Ju-Chi e colaboradores (2015) a resiliência apresenta um efeito mediador tanto sobre a sintomatologia depressiva, como sobre os estados de saúde.

Outros estudos, também, certificam o papel protector da resiliência na atenuação do impacto do *stress* na sintomatologia depressiva e nas suas consequências (Bitsika et al., 2013; Hartley, 2012; Kukihara et al., 2014; Lauterbach & Vrana, 2001; Mealer et al., 2012; Youssef, Green, Beckham & Elbogen, 2013).

As características de resiliência para além de surgirem como efeito protector contra a sintomatologia depressiva, também possibilitam a sua predição (Hjmdal et al., 2011; Skrove, Romundstad & Indredavik, 2013; cit. por Oliveira, Matos, Pinheiro & Oliveira, 2015). Nesse sentido, a comunidade científica tem, recentemente, incrementado os seus esforços na investigação dos processos dinâmicos inerentes à resiliência e na construção de programas e psicoterapias focadas no desenvolvimento, estimulação e reforço das características de resiliência e de afecto positivo nos indivíduos (Beasley et al., 2003; Block & Kreman, 1996; Cohn et al., 2009; Connor & Zhang, 2006; Klohn, 1996; Letzring et al., 2005; Loh, Schutte & Thorsteinsson, 2013; Seok et al., 2012; Tugade & Fredrickson, 2007; Waugh et al., 2008; Werner, 1985).

### **Hipótese 2.2 – Quanto maior o nível de resiliência menor o índice de sintomatologia ansiosa.**

A relação entre a resiliência e a dimensão de sintomatologia ansiosa, também, se revelou negativa e significativa, confirmando a influência inversa da resiliência na sintomatologia ansiosa e corroborando a hipótese do estudo.

A literatura científica atesta a existência de uma associação negativa entre o nível de resiliência e a sintomatologia ansiosa (Holden et al., 2013; Schure et al., 2013; Spies & Seedat, 2014; Staudinger & Fleeson, 1996; Tan-Kristanto & Kiropoulos, 2015; cit. por Ju-Chi, Chang, Wu & Tsai, 2015).

Segundo Scali e colaboradores (2012) apesar de ser inegável a relação inversa entre a sintomatologia ansiosa e a resiliência (Charney, 2004; Duncko, Makatsori, Fickova, Selko & Jezova, 2006; McLean & Anderson, 2009; Weisberg, 2009), a relação entre as variáveis carece mais investigação, uma vez que ainda não são suficientemente claros os processos dinâmicos entre as mesmas.

É de notar, que a dimensão de sintomatologia ansiosa apresentou uma relação negativa mais forte com o Factor 2 de resiliência, relativo à confiança nos próprios instintos e à tolerância à afectividade negativa, convergindo com a literatura científica, que certifica que tanto a sintomatologia ansiosa como a depressiva se encontram

associadas a níveis mais baixos de afecto positivo e a níveis mais altos de afecto negativo (Crawford & Henry, 2004; Watson et al., 1988; cit. por Loh, Schutte & Thorsteinsson, 2013).

No entanto, as consequências e sofrimento psicológico inerentes à sintomatologia ansiosa podem ser reduzidos com o desenvolvimento de características específicas de resiliência, como a introspecção, a tolerância e a capacidade de adaptação às diversidades do meio envolvente (Hiew, Mori, Shimizu & Tominga, 2000; Richardson, 2002; Vanderpol, 2002).

Nesse sentido, cada vez mais investigações têm demonstrado que é possível identificar nos indivíduos diversificadas capacidades e forças, que ao serem mobilizadas, desenvolvidas e reforçadas na sua vivência diária, possibilitam uma melhoria da satisfação com a vida e uma redução da sintomatologia psicopatológica, especialmente dos sintomas de ansiedade e depressão (Connor & Zhang, 2006; Duan et al., 2012; Duan, Ho, Tang, Li & Zhang, 2014; Ho et al., 2015; Holden, 2013; Park et al., 2004; Peterson & Seligman, 2004; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, Ernst, Gillham, Reivich & Linkins, 2009; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005; Seok et al., 2012; Wood et al., 2011).

## Conclusão

Este estudo possibilitou a exploração da relação entre a resiliência e a sintomatologia psicopatológica, reforçando a importância do seu papel nos processos psicológicos e na saúde, na população portuguesa. A compreensão da relação inversa entre a resiliência e a sintomatologia psicopatológica é fulcral para uma actuação mais rápida e incisiva perante indícios de sofrimento psicológico e psicopatológico.

O reforço das características de resiliência nos indivíduos assume um papel central na redução e remissão da sintomatologia psicopatológica e possibilita uma maior qualidade de vida e um prognóstico mais positivo para a saúde.

Olhar para a resiliência como um factor de protecção possibilita a adopção de uma postura diferente face ao sofrimento humano, retirando o foco da patologia, da doença e do fatalismo e redireccionando as atenções para os aspectos positivos e para as capacidades e forças humanas (Seligman, 1999; Fredrickson, Tugale, Waugh & Larkin, 2003; Grotberg, 2003; cit. por Martins & Jesus, 2007).

Fomentar a resiliência é enfatizar o papel do indivíduo enquanto sujeito activo nos seus processos psicológicos, na sua saúde e na sua vida, é capacitar o desenvolvimento pessoal dos indivíduos e é explorar as forças humanas e as fontes de bem-estar e felicidade, a partir de um funcionamento individual e colectivo mais adequado e salutar (Fredrickson, Tugale, Waugh & Larkin, 2003; Rutter & Stroufe, 2000; Haase, 2004; cit. por Martins & Jesus, 2007).

Estudar a resiliência e os seus processos permite desenvolver o conhecimento sobre o ser humano e sobre os processos psicológicos inerentes à saúde, ao bem-estar e à qualidade de vida, permitindo desenvolver melhores estratégias de prevenção e promoção da saúde (Martins & Jesus, 2007).

Este estudo, também, reforçou o papel das relações interpessoais, especialmente das familiares, nos processos de resiliência. Nesse sentido, parece relevante reforçar a exploração dos contextos dos indivíduos e a sua influência no desenvolvimento das características de resiliência, de forma a fomentar e capacitar o suporte social enquanto factor de protecção.

Um dos pontos favoráveis e importantes deste estudo foi o facto de se centrar na população geral adulta, uma vez que segundo Campbell-Sills e colaboradores (2006) e Bonanno (2004) existe a necessidade de alargar os estudos de resiliência a estas populações, tendo em conta que a maioria das investigações se centrou em populações

mais novas e/ou populações específicas. Além disso, em Portugal são poucos os estudos sobre a resiliência e, tendo em conta a sua relevância e importância para a saúde e o seu carácter preventivo de sintomatologia psicopatológica, é de extrema pertinência a sua exploração mais alargada e aprofundada.

Como limitação central deste estudo é de destacar o método de amostragem, uma vez que se tratou de uma amostra de conveniência, não representando a distribuição da população adulta portuguesa e portanto não se podendo, por isso, fazer generalizações quanto aos resultados. Assim, de forma a colmatar esta limitação, seria necessário que uma futura investigação contemple um método de amostragem diferente e uma maior diversidade de participantes.

Em suma, é de extrema importância desenvolver programas de prevenção e intervenção na saúde mental, com a finalidade de minimizar os factores de risco e maximizar os factores de protecção. Quanto às intervenções psicoterapêuticas é fundamental uma maior atenção e sensibilidade às características de resiliência e à sua estimulação.



## Bibliografia

Achenbach, R. (1990). *Conceptualization of developmental psychopathology*. In Lewis, M., & Miller, S. (Eds.). *Handbook of development psychopathology* (pp. 3-13). New York: Plenum Press.

Adrião, JM (2013). *Vida Vitoriosa: Enfrentar a Adversidade com Resiliência, com Qualidade de Vida e Espiritualidade*. Dissertação de Mestrado, Escola de Psicologia e Ciências da Vida, Universidade Lusófona de Humanidades e de Tecnologias. Lisboa.

Ahern, N.R., Kiehl, E.M., Lou Sole, M., & Byers, J. (2006). *A review of instrument measuring resilience*. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 103-125.

Alarcon, G. M., Bowling, N. A., & Khazon, S. (2013). *Great expectations: A meta-analytic examination of optimism and hope*. *Personality and Individual Differences*, 54: 821–827.

Almeida-Filho, N., Mari, JJ, Coutinho, E., França, JF., Fernandes, J., Andreoli, SB., & Busnello, ED. (1997). *Brazilian multicentric study of psychiatric morbidity*. *British Journal of Psychiatry*, 171: 524-29.

Anaut, M. (2005). *A resiliência: Ultrapassar os traumatismos*. Climepsi Editores.

Andrade, LH., Lolio, CA., Gentil, V., & Laurenti, R. (1999). *Epidemiologia dos transtornos mentais comuns em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil*. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26: 257-62.

Anselmi, L., Barros, F. C., Teodoro, M. L. M., Piccinini, C. A., Menezes, A. M. B., Araujo, C. L., & Rohde, L. A. (2008). *Continuity of behavioral and emotional problems from pre-school years to pre-adolescence in a developing country*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49, 499-507.

Ansseau, M, Fischler, B, Dierick, M, Mignon, A, & Leyman, S. (2005). *Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and majordepression in primary care in Belgium and Luxemburg: TheGADIS study*. *Eur Psychiatry*, 20: 229–235.

Araya, R., Lewis, G. H., Rojas, G., & Mann, A. H. (2001). “Patient knows best” – detection of common mental disorders in Santiago, Chile: cross sectional study. *British Medical Journal*, 332, 79-81

Aroian, K. J., & Norris, A. E. (2000). *Resilience, Stress, and Depression among Russian Immigrants to Israel*. *Western Journal of Nursing Research*, 22(1), 54-67.

Ballenger, J. C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Marshall, R. D., Nemeroff, C. B. et al. (2004). *Consensus statement update on posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (Suppl. 1): 55-62.

Bartone, PT, Ursano, RJ, Wright, KW., & Ingraham, LH. (1989). *The impact of a military air disaster on the health of assistance workers: A prospective study*. *J. of Nervous and Mental Disease*, 177, 317-328.

Baruth, KE., & Carroll, JJ. (2002). *A formal assessment of resilience: The Baruth Protective Factors Inventory*. *The Journal of Individual Psychology*, 58: 235–244.

Bland, RC., Orn, H., & Newman, SC. (1988). *Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton*. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 338: 24-32.

Bonanno, G. A., & Singer, J. L. (1990). *Repressor personality style: Theoretical and methodological implications for health and pathology*. In J. L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation* (pp. 435–470). Chicago: University of Chicago Press.

Bonanno, G. A., Wortman, C. B., Lehman, D. R., Tweed, R. G., Haring, M., Sonnega, J., et al. (2002). *Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from pre-loss to 18 months post-loss*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1150–1164.

Bonanno, G.A., & Field, N. P. (2001). *Examining the delayed grief hypothesis across five years of bereavement*. *American Behavioral Scientist*, 44, 798–806.

Bonanno, G.A., & Kaltman, S. (1999). *Toward an integrative perspective on bereavement*. *Psychological Bulletin*, 125, 760–776.

Bonanno, G.A., & Kaltman, S. (2001). *The varieties of grief experience*. *Clinical Psychology Review*, 21, 705–734.

Bonanno, G.A., & Keltner, D. (1997). *Facial expressions of emotion and the course of conjugal bereavement*. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 126–137.

Bonanno, G.A., Field, N. P., Kovacevic, A., & Kaltman, S. (2002). *Self-enhancement as a buffer against extreme adversity: Civil war in Bosnia and traumatic loss in the United States*. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 184–196.

Bonanno, G.A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2007). *What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75, 671–682.

Bonanno, G.A., Keltner, D., Holen, A., & Horowitz, M. J. (1995). *When avoiding unpleasant emotions might not be such a bad thing: Verbal– autonomic response dissociation and midlife conjugal bereavement*. Journal of Personality and Social Psychology, 69, 975–989.

Bonanno, G.A., Noll, J. G., Putnam, F. W., O'Neill, M., & Trickett, P. (2003). *Predicting the willingness to disclose childhood sexual abuse from measures of repressive coping and dissociative experiences*. Child Maltreatment, 8, 1–17.

Bonanno, G.A., Papa, A., & O'Neill, K. (2001). *Loss and human resilience*. Applied and Preventive Psychology, 10, 193–206.

Bonanno, GA. (2004). *Loss, Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events?* American Psychologist, Vol 59 (1): 20-28.

Borum, R., Bartel, P., & Forth, A. (2000). *Manual for the Structured Assessment for Violence Risk in Youth (SAVRY): Consultation Edition*. Tampa, FL: Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, University of South Florida.

Breslau, N, Davis, G, Andreski, P, & Peterson, E. (1991). *Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults*. Archives of General Psychiatry, 48: 216–222.

Breslau, N, Schultz, LR, Johnson, EO, Peterson, EL, & Davis, GC. (2005) *Smoking and the Risk of Suicidal Behavior: A Prospective Study of a Community Sample*. Arch Gen Psychiatry, 62 (3): 328-334.

Caldas de Almeida, J., & Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental (Vol. 1)*. Lisboa. Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade Nova de Lisboa.

Campbell-Sills, L., Cohan, S.L., & Stein, M.B. (2006), Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults, Behaviour Research and Therapy, 44 (4), 585-599.

Canavarro, M. C. (2007). *Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal*. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Coords.) Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa (vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.

Canino, G.J., Bird, H.R., Shrout, P.E., Rubio-Stipec, M., Bravo, M., Martinez, R., Sesman, M., & Guevara, L.M. (1987) *The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico*. Archives of General Psychiatry, 44, 727–735.

Capanna, C., Stratta, P., Hjemdal, O., Collazzoni, A. & Rossi, A. (2015). *The Italian validation study of the resilience scale for adults (RSA)*. Bollett. Psicol. Appl. 272, 16–24.

Carver CS. (1998). *Resilience and thriving: Issues, models, and linkages*. Journal of Social Issues, 54: 245–266.

Cicchetti, D, Nuechterlein, KH, & Weintraub, S (1990). *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. Cambridge, pp. 181–214.

Cicchetti, D., & Rogosch, FA. (2002). *A developmental psychopathology perspective on adolescence*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 70 (1): 6-20.

Cicchetti, D., Rogosch, F.A., Lynch, M. & Holt, K. (1993) *Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcomes*. Development and Psychopathology, 5, 629-647.

Conger, R. D., & Conger, K. J. (2002). *Resilience in Midwestern Families: Selected Findings from the First Decade of a Prospective, Longitudinal Study*. Journal of Marriage and Family, 64, May, 361-373.

Connor, KM. & Davidson, JRT. (2003). *Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)*. Depression and Anxiety. Vol. 18, pp. 76-82.

Davis, MC, Zautra, AJ, & Smith, BW. (2004). *Chronic pain, stress, and the dynamics of affective differentiation*. J Pers, 72: 1133–1159

Derogatis, L.R. (1993). *BSI: Brief Symptom Inventory: Administration, scoring and procedures manual*. Minneapolis: Natural Computers System.

DGS – Direção-Geral da Saúde (2013). *Saúde Mental em Números 2013*. Lisboa

DGS – Direção-Geral da Saúde (2014). *Portugal: Saúde Mental em Números 2014*. Programa Nacional para a Saúde Mental. Lisboa.

DiCorcia, JA. & Tronick, E. (2011). *Quotidian resilience: Exploring mechanisms that drive resilience from a perspective of everyday stress and coping*. Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 35, 1593-1602.

Diehl, M., Hay, E. (2010). *Risk and resilience factors in coping with daily stress in adulthood: The role of age, self-concept incoherence, and personal control*. *Developmental Psychology*, 5(46), 1132–1146.

Docherty, J.P. (1997). *Barriers to the diagnosis of depression in primary care*. *J. Clin. Psychiatry* 58 (Suppl. 1), 5 – 10.

Dowrick, D., Gask, L, Perry, R, Dixon, C, & Usherwood, T. (2000) *Do general practitioners' attitudes towards depression predict their clinical behaviour?* *Psychol Med*, 30: 413-9.

Elander, J, Robinson, G, Mitchell, K, et al. (2009). *An assessment of the relative influence of pain coping, negative thoughts about pain, and pain acceptance on health-related quality of life among people with hemophilia*. *Pain*, 145: 169–175.

ERS – Entidade Reguladora Da Saúde (2015). *Acesso e Qualidade nos Cuidados de Saúde Mental*. Porto.

Esteve, R, Ramirez-Maestre, C, & Lopez-Martinez, AE. (2007). *Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies, and pain-related cognitions*. *Ann Behav Med*, 33: 179–188.

Fernandez, LJ, Torres, GF, Soria, M, & Cuadros, C. (1999). *Distribution of mental illnesses within levels of care in a mental health sector of Granada*. *APySAM*, 2: 4–8.

Ferreira, VM, & Sherman, AM. (2007). *The relationship of optimism, pain and social support to well-being in older adults with osteoarthritis*. *Aging Ment Health*, 11: 89–98.

Flach, F. (1991). *Resiliência: a arte de ser flexível*. São Paulo: Saraiva.

Fonagy, P., Steele, H., Higgitt, A. & Target, M. (1994) *The Emmanuel Miller Memorial Lecture 1992: 'The theory and practice of resilience'*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 2, 231-257.

Fredrickson, BL. (1998). *What good are positive emotions?* *Rev Gen Psychol*, 2: 300–319.

Friborg, O., Hjemdal, O., Martinussen, M. & Rosenvinge, J.H. (2009). *Empirical support for resilience as more than the counterpart and absence of vulnerability and symptoms of mental disorder*. *Journal of Individual Differences*, 30 (3), 138-151.

Galea, S, Ahern J, Nandi, A, Tracy, M, Beard, J, & Vlahov, D. (2007). *Urban neighborhood poverty and the incidence of depression in a population-based cohort study*. *Annals of Epidemiology*, 17 (3): 171–9.

Garnezy, N. (1991). *Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments*. *Pediatric Annals*, 20, 459–466

Garnezy, N. (1993). *Children in poverty: Resilience despite risk*. *Psychiatry*, 56, 127–136.

Ghosh JM. (2006). *Unexplained somatic symptoms--diagnostic window for mental disorders*. *J Indian Med Assoc*, 104 (5): 255-260.

Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common Mental Disorders: a Bio-Social Model*. London: Tavistock, Routledge.

Griffith, J., & West, C. (2013). *Master Resilience Training and Its Relationship to Individual Well-Being and Stress Buffering Among Army National Guard Soldiers*. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 40, 2: 140-155.

Hagnell, O, & Grasbeck, A. (1990). *Comorbidity of anxiety and depression in the Lunby 25-year prospective study: The pattern of subsequent episodes*. In: Maser, JD, & Cloninger, CR, (Eds.). *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*. American Psychiatric Press: Washington, D.C: pp. 139–152.

Harel, Z., Kahana, B., & Kahana, E. (1993). *Social resources and the mental health of aging Nazi Holocaust survivors and immigrants*. In J.P. Wilson & B.Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 241-252). New York: Plenum.

Hartley, MT. (2012). *Assessing and Promoting Resilience: An additional tool to adress the increasing number of collge students with psychological problems*. *Journal of College Counseling*. Vol. 15: pp. 37- 51.

Harvey, M.R. (1996). *An ecological view of psychological trauma and trauma recovery*. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (1): 3-23.

Hiew, C.C., Mori, T., Shimizu, M., & Tominga M. (2000). *Measurement of resilience development: Preliminary results with a State-Trait resilience inventory*. *Journal of Learning and Curriculum Development*, 1, 111-117.

Hjemdal, O., Aune, T., Reinfjell, T., Stiles, T, & Friborg, O. (2007). *Resilience as a Predictor of Depressive Symptoms: A Correlational Study with Young Adolescents*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. SAGE Publications, Vol 12 (1): 91–104.

Ho, S., Li, W., Duan, W., Siu, B., Yau, S., Yeung, G., & Wong, K. (2015). *A Brief Strengths Scale for Individuals With Mental Health Issues*. *Psychological Assessment*, Vol. 28, Nº 2, 147–157

Hull, JG, Van Treuren, RR, & Virnelli, S. (1987). *Hardiness and health: A critique and alternative approach*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 518-530.

Infante, F. (2007). *A resiliência como processo: uma revisão de literatura recente*. In: Melillo, A., Ojeda, E. & Cols. *Resiliência descobrindo as próprias fortalezas*. Porto Alegre: Artmed. pp. 23-38.

Jansen, K., Mondin. TC., Ores, LC., Souza, LD., Konradt, CE., Pinheiro, RT., & Silva, RA. (2011). *Transtornos mentais comuns e qualidade de vida em jovens: uma amostra populacional de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27 (3): 440-448.

Jenkins, J. M., & Smith, M. A. (1990). *Factors protecting children living in disharmonious homes*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 60-69.

Jenkins, R, Lewis, G, Bebbington, P, Brugha, T, Farrell, M, Gill, B. et al. (1997). *The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain – initial findings from the household survey*. *Psycho Med*, 27: 775-89.

Jenkins, R. (1985). *Minor psychiatric morbidity in employed young men and women and its contribution to sickness absence*. *Br J Ind Med*, 42: 147–54.

Jenkins, R. (1985). *Sex differences in minor psychiatric morbidity*. *Psychological Medicine Monograph Supplementum 7*. Cambridge, U.K: Cambridge University Press.

Jeste, D.V., Savla, G.N., Thompson, W.K., Vahia, I.V., Glorioso, D.K., Martin, A.S., et al. (2013). *Association between older age and more successful aging: Critical role of resilience and depression*. *American Journal of Psychiatry*, 170, 188-196.

Ju-Chi, L., Chang, L., Wu, S-Y., & Tsai, P-S. (2015). *Resilience Mediates the Relationship between Depression and Psychological Health Status in Patients with Heart Failure: A cross-sectional study*. *International Journal of Nursing Studies*.

Kaplan, H.B. (1999) *Resilience and development: Positive life adaptations*. In Glantz, M.D., & Johnson, J.L. (Eds.). *Longitudinal research in the social behavioral sciences: na interdisciplinary series*. New York, 324.

Kendler, K.S., Kessler, R.C., Walters, E.E., et al. (1995). *Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women*. American Journal of Psychiatry, 152: 833 -842.

Kessler, RC, McGonagle, KA, Zhao, S, Nelson, CB, Hughes, M, Eshleman, S, Wittchen, HU, & Kendler, KS. (1994). *Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey*. Archives of General Psychiatry, 51: 8–19.

Kessler, RC, Sonnega, A, Bromet, E, Hughes, M, & Nelson, CB. (1995). *Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey*. Arch Gen Psychiatry, 52 (12): 1048-1060.

Kessler, RC. (2000). *Gender differences in major depression: Epidemiological findings*. In Frank, E (Ed.). Gender and its effects on psychopathology. Washington, DC: American Psychiatric Press, pp. 61–84.

Kessler, RC., & Frank, RG. (1997). *The impact of psychiatric disorders on work loss days*. Psychological Medicine, 27, 861–873.

King, M., Nazareth, I., Levy, G., Walker, C., Morris, R., Weich, S., Bellón-Saameño, JA., Moreno, B. et al. (2008). *Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe*. The British Journal of Psychiatry, 192: 362–367.

Klinkman, MS. (1997). *Competing demands in psychosocial care: a model for the identification and treatment of depressive disorders in primary care*. Gen HospPsychiatry, 19: 98-111.

Kobasa, SC. (1979) *Stressful life events, personality, and health: Na inquiry into hardiness*. Journal of Personality and Social Psychology, 57, 1-11.

Kratz, AL, Davis, MC, & Zautra, AJ. (2007). *Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in osteoarthritis and fibromyalgia patients*. Ann Behav Med, 33: 291–301.

Lambert, M.C. (2006). *Normal and abnormal development: What the child clinician should know*. In C. Essau (Ed.). Child and adolescent psychopathology (pp. 1-25). London: Brunner Routledge.

Lemos, I. (2007). *Família, Psicopatologia e Resiliência na Adolescência: Do Risco Psicossocial ao Percurso Delinquente*. Dissertação de Doutorado. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve.



Loh, JM., Schutte, NS., & Thorsteinsson, EB. (2013). *Be Happy: The Role of Resilience Between Characteristic Affect and Symptoms of Depression*. Journal of Happiness Studies, Vol. 15, Issue 5, pp 1125-1138.

Loprinzi, CE, Prasad, K, Schroeder, DR, & Sood, A. (2011). *Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: A pilot randomized clinical trial*. Clinical Breast Cancer, 11: 364–368.

Luthar, S., & Cushing, G. (1999). *Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview*. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), Resilience and development: Positive life adaptations (pp. 129–160). New York.

Luthar, S.S., Chicchetti, D. & Becker, B. (2000). *The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work*. Child Development, 71 (3): 543-562.

Lynch, S.M., Keasler, A.K., Reaves, R.C., Channer, E.G., & Bukowski, L.T. (2007). *The story of my strength: An exploration of resilience in the narratives of survivors of trauma*. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 14 (1/2): 75-97.

Maragno, L, Goldbaum, M, Gianini, RJ, Novaes, HMD, & César, CLC. (2006). *Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo*. Cad Saúde Pública, 22 (8): 1639-48.

Martins, MH & Jesus, SN. (2007). *Factores de Resiliência e Bem-Estar: Compreender e Actuar para resistir*. In: Matias, MM; Jesus, SN & Oliveira, VB. (Orgs.). Psicologia da Saúde: Teoria Pesquisa (Cap. 5). São Paulo: Editorial Metodista.

Masten, A, & Coatsworth, JD. (1998). *The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children*. American Psychologist, 53: 205–220.

Masten, A, & Garmezy, N. (1985) *Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology*. In: Lahey B, Kazdin A, editors. Advances in clinical child psychology. Vol. 8., pp. 1–52.

Masten, A, Best, K, & Garmezy, N. (1990). *Resilience and Development: Contributions from the study of children who overcome adversity*. Development and Psychopathology, 2:425–444.

Masten, A. (2001). *Ordinary magic: Resilience processes in development*. American Psychologist, 56: 227–238.

Masten, A. S., & Reed, M.-G. (2002). *Resilience in development*. In Snyder, CR., & Lopez, SJ. (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 74–88). New York, NY: Oxford University Press.

Masten, A. S., & Wright M. (2009). *Resilience over the lifespan – Developmental perspectives on resistance, recovery, and transformation*. In John W. Reich (ed.), *Handbook of adult resilience*. New York: Guilford Publications.

Masten, AS, Hubbard, JJ, Gest, SD, Tellegen, A, Garmezy, N, & Ramirez, M. (1999). *Adaptation in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence*. *Development and Psychopathology*, 11: 143–169.

McCracken, LM, & Eccleston, C. (2005). *A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain*. *Pain*, 118: 164–169.

Menezes, PR, & Mann, AH. (1996). *Mortality among patients with non-affective functional psychoses in the city of São Paulo*. *Rev Saúde Pública*, 30: 304-309.

Murphy, JM, Olivier, DC, Sobol, AM, Monson, RR, & Leighton, AH. (1986). *Diagnosis and outcome: depression and anxiety in a general population*. *Psychological Medicine*, 16: 117–126.

NCCMH – National Collaborating Centre for Mental Health (2011). *Common Mental Health Disorders: Identification And Pathways To Care*. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.

Oakley-Browne, MA., Joyce, PR., Wells, JE., Bushnell, JA., & Hornblow, AR. (1989). *Christchurch psychiatric epidemiology study, part II: six months and other period prevalences for specific psychiatric disorders*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 23, 327-340.

Olson, P.D., Zuiker, V.S., Danes, S.M., Stafford, K., Heck, R.K., & Duncan, K.A. (2003). *The impact of the family and business on family business sustainability*. *Journal of Business Venturing*, 18, 639-666.

OMS – Organização Mundial de Saúde (2002). *Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Relatório Mundial da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Lisboa.

Ormel, J, Oldehinkel, T, Brilman, E, & Brink, W. (1993). *Outcome of depression and anxiety in primary care: A three-wave 3 1/2-year study of psychopathology and disability*. *Arch Gen Psychiatry*, 50: 759–66.

Palmer, BW, Martin, AS, Depp, CA, Glorioso, DK, & Jeste, DV. (2014). *Wellness within illness: happiness in schizophrenia*. *Schizophr Res*, 159 (1): 151-156.

Pargament, K. I., (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, practice*. New York: Guilford Press.

Pargament, K. I., Krumrei, E.J. (2007). *Clinical assessment of client's spirituality. Spiritually integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred*. New York: Guilford Press.

Pargament, K. I., Raiya, H. A., (2010). *Religiously integrated psychotherapy with muslim clients: From research to practice*. Bowling Green State University Professional Psychology: Research and Practice. American Psychological Association, 41, 181–188.

Patterson, J.M. (1993). *The role of family meanings in adaptation to chronic illness and disability*. In A. Turnbull, J. Patterson, S. Behr, et al. (Eds.), *Cognitive coping research and developmental disabilities* (pp. 221-238). Baltimore: Brookes.

Patterson, J.M. (2002a). *Understanding family Resilience*. Journal of Clinical Psychology, 58 (3), 233-246.

Patterson, J.M. (2002b). *Integrating family resilience and family stress theory*. Journal of Marriage and Family, 64, 349-360.

Patterson, J.M., & Garwick, A. (1994). *Levels of family meaning in family stress theory*. Family Process, 33, 287-304.

Peddle, N. (2007). *Assessing trauma impact, recovery, and resiliency in refugees of war*. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 14 (1/2): 185-204.

Pence, L., Valrie, C. R., Gil, K. M., Redding-Lallinger, R., & Daeschner, C. (2007). *Optimism predicting daily pain medication use in adolescents with sickle cell disease*. Journal of Pain and Symptom Management, 33: 302–309.

Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, MC. (2001). *Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8*. Laboratório de Psicologia, 9 (2): 109-123. Coimbra

Pesce, R.P, Assis, S.G., Avanci, J.Q., Santos, N.C., Malaquias, J.V., & Carvalhaes, R. (2005). *Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência*. Cad. Saúde Publica. Rio de Janeiro, 21(2), 436-448, Mar-Abr.

Peterson, C., & Bossio, L.M. (2001). *Optimism and physical wellbeing*. In E. C. Chang (Ed.), *Optimism & pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 127- 145). Washington, DC: American Psychological Association.

Piaggio, AMR (2009). *Resiliencia*. Rev. Psicopedagogia, 26 (80): 291-302

Pinheiro, DPN. (2004). *A resiliência em discussão*. Psicologia em Estudo, Vol. 9, nº 1, 67-75.

Pinheiro, KAT, Horta, BL, Pinheiro, RT, Horta, LL, Terres, NG, & Silva, RA. (2007). *Common mental disorders in adolescents: a population based cross-sectional study*. Rev Bras Psiquiatr, 29: 241-5.

Portugal, FB., Campos, MR., Gonçalves. DA., Mari, JJ., & Fortes, SL. (2015). *Qualidade de vida em pacientes da atenção primária do Rio de Janeiro e São Paulo, Brasil: associações com eventos de vida produtores de estresse e saúde mental*. Ciência & Saúde Coletiva, 21 (2): 497-508.

Radan, A. (2007). *Exposure to violence and expressions of resilience in Central American women survivors of war*. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 14 (1/2): 147-164.

Ralha-Simões, H. (2001). *Resiliência e desenvolvimento pessoal*. Tavares, J. (org). Resiliência e Educação. São Paulo: Cortez, p. 95-113.

Reivich, K.J., Seligman, M.E.P., & McBride, S. (2011). *Master resilience training in the U.S. Army*. American Psychologist, 66, 25–34.

Rice, DP., Kelman, SK., Miller, LS, et al. (1990). *The economic costs os alcohol and drug abuse and mental illness*. Washington, DC, US. Government Printing Office.

Richardson, GE. (2002). *The metatheory of resilience and resiliency*. Journal of Clinical Psychology, 58: 307–321.

Robinson, JS; Larson, CL & Cahill, SP. (2013). *Relations between resilience, positive and negative emotionality, and symptoms of anxiety and depression*. Psychological Trauma: Theory, Research, practice and Policy. Vol. 6, Suppl 1, pp. S92-S98.

Rogers, J, Hengartner, MP, Angst, J, Ajdacic-Gross, V, & Rössler, W. (2014). *Associations with quality of life and the effect of psychopathology in a community study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 49:1467–73.

Rutter, M. (1985). *Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder*. British Journal of Psychiatry, 146: 598-611.

Rutter, M. (1987). *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. American Journal of Orthopsychiatry, 57 (3), 316-331.

Rutter, M. (1993). *Resilience: some conceptual considerations*. Journal of Adolescents Health, 14: 626-631.

Rutter, M. (1999). *Resilience concepts and findings: implications for family therapy*. Journal of family therapy, 21: 119-144.

Rutter, M. (2006). *Implications of resilience concepts for scientific understanding*. Annuals, New York Academy of Sciences. 1094, 1-12.

Salokangas, R., & Poutanen, O. (1998). Risk factors for depression in primary care: Findings of the TADEP project. Journal of Affective Disorders, 48: 171-180.

Sart, Z., Börkan, B., Erkman, F., & Serbest, S. (2016). *Resilience as a Mediator Between Parental Acceptance-Rejection and Depressive Symptoms Among University Students in Turkey*. Journal of Counseling & Development, Vol. 94, 195-209.

Scheier, MF, Carver, CS, & Bridges, MW. (1994). *Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test*. J Pers Soc Psychol, 67: 1063–1078.

Secombe, K. (2002). *“Beating the odds” versus “changing the odds”: Poverty, resilience, and family policy*. Journal of Marriage and Family, 64: 384–394.

Seifer, S. (2003). *Documenting and Assessing Community-Based Scholarship*. In Minker, M & Wallerstein, N. (Eds.). Community-Based Participatory Research for Health. Jossey-Bass: San Francisco.

Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2003). *Positive psychology: An introduction*. American Psychologist, 55 (1): 5-14.

Shepherd, M, Cooper, B, Brown, AC, & Kalton, GW. (1966). *Psychiatric illness in general practice*. London: Oxford University Press.

Skrove, M., Romundstad, P., & Indredavik, M.S. (2013). *Resilience, lifestyle and symptoms of anxiety and depression in adolescence: the Young-HUNT study*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, Vol. 48, Issue 3, pp 407-416.

Smith, BW, & Zautra, AJ (2008). *Vulnerability and resilience in women with arthritis: test of a two-factor model*. J Consult Clin Psychol, 76: 799–810.

Smith, BW, Tooley, EM, Montague, EQ, et al. (2009). *The role of resilience and purpose in life in habituation to heat and cold pain*. J Pain, 10: 493–500.

Sood, A., Prasad, K., Schroeder, D., & Varkey, P. (2011) *Stress management and resilience training among Department of Medicine faculty: a pilot randomized clinical trial*. J Gen Intern Med, 26 (8): 858–861.

Souza, M & Cervený, C. (2006). *Resiliência Psicológica: Revisão da Literatura e Análise da Produção Científica*. Revista Interamericana de Psicología / Interamerican Journal of Psychology. Vol. 40, Num. 1, pp. 119-126.

Sroufe, L.A. (1997). *Psychopathology as an outcome of development*. Development and Psychopathology, 9, 251-268.

Steinhausen, H.C., Meier, M., & Angst, J. (1998). *The Zurich long-term outcome study of child and adolescent psychiatric disorders in males*. Psychological Medicine, 28, 375-383.

Sullivan, MJL, Bishop, SR, & Pivik, J. (1995). *The Pain Catastrophizing Scale: development and validation*. Psychol Assess, 7: 524–532.

Tavares, J. (Org.) (2001). *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez.

Trombeta, LP., & Guzzo, RL. (2002). *Enfrentando o cotidiano adverso: estudo sobre resiliência em adolescentes*. Campinas: Alínea.

Tugade, MM, & Fredrickson, BL. (2004). *Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences*. Journal of Personality and Social Psychology, 86: 320–333.

Vanderpol, M. (2002). *Resilience: a missing link in our understanding of survival*. Harv Ver Psychiatry, 10: 302–306.

Vázquez-Barquero, JL, García, J, Simón, JA, Iglesias, C, Montejo, J, Herrán, A, & Dunn, G. (1997). *Mental health in primary care: An epidemiological study of morbidity and use of health resources*. Br J Psychiatry, 170: 529–35.

Wagnild, G. (2003). *Resilience and successful aging: Comparison among low and high income older adults*. Journal of Gerontological Nursing, 29 (12): 42-49.

Wagnild, GM, & Young, HM. (1993). *Development and Psychometric Evaluation of Resilience Scale*. Journal of Nursing Measurement, Vol. 1, Nº 2, 165-178.

Wagnild, GM., (2009). *The resilience scale user's guide for the U.S. english version of the resilience scale and the 14-item resilience scale, version 1.0*. The Resilience Center, Montana, 96.

Walsh, F. (2003). *Family Resilience: A framework for clinical practice*. Family Process, 42, 1-18.

Walsh, F. (2007). *Traumatic loss and major disaster: Strengthening family and community resilience*. Family Process, 46, 207-227.

Walsh, F. (2010). *Spiritual diversity: Multifaith perspectives in family therapy*. Family Process, 49, 330 - 348.

Werner, EE, & Smith, RS. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press: Ithaca, NY.

Werner, EE., & Smith, RS. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. Ithaca, NY: Cornell University Press.

WHO – World Health Organization (2001). *World Health Report*. Geneva.

WHO – World Health Organization (2014). *Mental health: strengthening our response*. Fact sheet N° 220. Geneva.

Wittchen, H.-U. (2002). *Generalized anxiety disorder: prevalence, burden and cost to society*. *Depress. Anxiety* 16, 162-171.

Wittchen, H.-U., Essau, C.A., Zerssen, D. von, Krieg, C.J. & Hecht, H. (1992). *Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study*. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 241, 247–258.

Wohlfarth, TD., Brink, W., Ormel, J., Koeter, M., & Oldehinkel, A. (1993). *The Relationship Between Social Dysfunctioning and Psychopathology among Primary Care Attenders*. *British Journal of Psychiatry*, 163: 37-44.

Wright, S. (1994). *Familial obsessive-compulsive disorder presenting as pathological jealousy sucessfully treated with fluoxetine*. *Archives of General Psychiatry*, 51, 430-431.

Yehuda, R. (2004). *Risk and resilience in posttraumatic stress disorder*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (Suppl. 1): 29-36.

Yehuda, R., Schmeidler, J., Wainberg, M., Binder-Brynes, K., & Duvdevani, T. (1998). *Vulnerability to Posttraumatic Stress Disorder in Adult Offspring of Holocaust Survivors*. *Am J Psychiatry*, 155: 1163–1171.

Yunes, M.A. (2001). *A questão triplamente controvertida da resiliência em famílias de baixa renda*. Dissertação de Doutorado, Programa de Psicologia da Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Yunes, M.A., & Szyymanki, H. (2001). *Resiliência: Noção, Conceitos afins e considerações críticas*. In J. Tavares (Org.), *Resiliência e Educação* (pp. 13-42). São Paulo: Cortez.